



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo, Perú 2013

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

AUTOR

Kelly Rocío Pérez Elescano

LIMA – PERÚ
2015

CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
TERMINAL EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS.
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, PERÚ 2013.

Dedicatoria:

*A los pacientes del Hospital Nacional
Dos De Mayo, que con su ayuda han
colaborado en la realización del
presente trabajo, ruego a Dios los
ilumine y proporcione muchas
bendiciones.*

Dedicatoria:

*A la mis padres, y amigos, por ser
mi fuente de inspiración y
motivación quienes influyeron en
mi madurez para lograr todos los
objetivos en la vida.*

Agradecimiento:

*Al Hospital Nacional Dos De Mayo
por su invalorable apoyo a la
enseñanza por lo que me permitió
alcanzar los objetivos de esta
tesis.*

Agradecimiento:

*A la Lic. Juana Durand Barreto y
mi asesor de tesis Mag. Cecilia
Chulle Llenque por la orientación
y ayuda que me brindaron para la
realización de esta tesis.*

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	v
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	
.1.1. Situación Problemática	3
.1.2. Formulación del Problema	4
.1.3. Justificación	5
.1.4. Objetivos	
.1.4.1. Objetivo General	6
.1.4.2. Objetivo Específico	6
.1.5. Propósito	
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
.2.1. Antecedentes del Estudio	8
.2.2. Base Teórica	17
.2.3. Definición Operacional de Términos	35
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
.3.1. Tipo y Diseño de Investigación	37
.3.2. Lugar de Estudio	37
.3.3. Población de estudio	38
.3.4. Muestra y Muestreo	38
.3.5. Criterios de selección	
3.5.1 Criterios de inclusión	38
3.5.2 Criterios de exclusión	39
.3.6. Técnica e Instrumento	39

.3.7. Procedimientos de análisis e interpretación de la información	40
.3.8. Consideraciones Éticas	40

CAPÍTULO VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

.4.1. Resultados	41
.4.2. Discusión	59

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

.5.1. Conclusiones	61
.5.2. Limitaciones	63
.5.3 Recomendaciones.	63

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
----------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	69
--------------	----

ANEXOS	
--------	--

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	PÁG.
1. Calidad de vida en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú 2013.	45
2. Calidad de vida en la dimensión física en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital N. Dos de Mayo	47
3. Calidad de vida en la dimensión psicológica en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital N. Dos de Mayo.	49
4. Calidad de vida en la dimensión social en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital N. Dos de Mayo.	51
5. Estrategias de Afrontamiento en pacientes con IRCT en tratamiento con Hemodiálisis del Hospital Dos de Mayo.	53
6. Estrategias de Afrontamiento centrados en el problema en pacientes con IRCT en tratamiento con Hemodiálisis. Hospital N. Dos de Mayo.	55
7. Estrategias de Afrontamiento centrados en la emoción en pacientes con IRCT en tratamiento con Hemodiálisis. Hospital N. Dos de Mayo.	57
8. Otros estilos de afrontamiento en pacientes con IRCT en tratamiento con Hemodiálisis. Hospital N. Dos de Mayo.	59

RESUMEN

AUTOR : LIC. KELLY ROCÍO PÉREZ ELESCANO

ASESOR: MG. CECILIA CHULLE LLENQUE

Los objetivos de este estudio fueron: determinar la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis en el Hospital Dos De Mayo. **Material y método:** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, el método utilizado fue el cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 pacientes. La técnica fue la encuesta y los instrumentos el cuestionario de calidad de vida y la escala de estilos de afrontamiento (COPE). **Resultados:** Calidad de vida en pacientes con IRCT, del 100% (60), 31.11% (19) tiene calidad de vida alta, 28.10% (17) medio y 40.79%(24) baja. En cuanto a la dimensión física 48.33% (29) tiene calidad baja, 27.98% (17) alta y 23.69% (14) medio. En la dimensión psicológica 44.33% (27) alta, 36.33%(22) medio, 19.33% (12) alta. En la dimensión social 41.67% (25) baja, 38.33% (23) medio, 20% (12) alta. En las estrategias de afrontamiento en pacientes con IRTC del 100% (60), 96.67% (58) acude a la religión, 78.33% (47) acepta, 41.67 (25) suprime actividades competentes. Acerca de las estrategias centradas en el problema, 60.83% (37) casi siempre planifica, 55.42% (33) siempre usa afrontamiento activo. En las estrategias centradas en la emoción, 75,42% (45) siempre acude a la religión, 44,17% (27) casi siempre busca apoyo social por razones emocionales. Y en otros estilos de afrontamiento, 64.17% (39) a veces utiliza la estrategia de desentendimiento conductual.

Conclusiones: La calidad de vida en los pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis es baja, presentando complicaciones en su área física, social y psicológica. Las estrategias de afrontamiento que más utilizan son las enfocadas en la emoción predominando el tipo aceptación.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, Estrategias de Afrontamiento, Hemodiálisis, Insuficiencia renal crónica terminal.

SUMMARY

AUTHOR: LIC. KELLY ROCIO PÉREZ ELESCANO

ADVISORY: MG. CECILIA CHULLE LLENQUE

The objectives of this study were to determine the quality of life and coping strategies in patients with ESRD on hemodialysis. Hospital Dos De Mayo. Material and Methods: The study was application level, quantitative method used was the quantitative application level, cross-sectional descriptive method. The population consisted of 60 patients. The technique was the survey instruments and the Quality of Life Questionnaire and Coping Styles Scale (COPE). Results: Quality of life in patients ESRD, 100% (60), 31.11% (19) have high quality of life, 28.10% (17) medium and 40.79% (24) low. As for the physical dimensions 48.33% (29) have low quality, 27.98% (17) high and 23.69% (14) Avg. In the psychological dimension 44.33% (27) high, 36.33% (22) medium, 19.33% (12) high. In the social dimension 41.67% (25) low, 38.33% (23) medium, 20% (12) high. In coping strategies in patients with ESRD 100% (60), 96.67% (58) attend to religion, 78.33% (47) agree, 41.67 (25) suppress relevant activities. About the strategies focused on the problem, 60.83% (37) almost always planned, 55.42% (33) always use active coping. Strategies focused on emotion, 75.42% (45) always come to the religion, 44.17% (27) almost always seeking social support for emotional reasons. And in other coping styles, 64.17% (39) sometimes use the strategy of behavioral disengagement.

Conclusions: Quality of life in patients with IRCT on hemodialysis is low, presenting complications in their physical, social and psychological air. Coping strategies are used more emotion, focused predominating type acceptance.

KEY WORDS: Quality of life, Coping strategies, Hemodialysis, Chronic renal insufficiency.

PRESENTACIÓN

Valorar la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica es importante porque revela el impacto de la enfermedad en las actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la enfermedad para un tratamiento eficaz. (1)

En Latinoamérica, los estudios están básicamente relacionados a datos de la última fase de la Insuficiencia Renal Crónica (Grado IV, terminal), siendo la tasa de prevalencia muy variable dependiendo de cada país en función del sistema de salud que rige la cobertura del tratamiento de diálisis, así por ejemplo en Puerto Rico la tasa es de 818 pacientes por millón de población (pmp) mientras en el Perú es de apenas 111.1 pmp. Asimismo la tasa de incidencia en estos países es de 276.9 pmp y de 44.2 pmp en el Perú. (2)

Sin embargo estudios de prevalencia o incidencia de insuficiencia renal crónica que incluya a todas sus etapas no es conocida en la mayoría de países subdesarrollados e incluso desarrollados, por lo tanto se subestima el impacto que tiene la enfermedad sobre las personas y la sociedad. Así es muy probable que la verdadera prevalencia e incidencia de la IRC este subvalorada en el Perú.

En los Hospitales dependientes de Essalud ingresan de 3 a 4 pacientes con diagnóstico de IRC terminal, con una alta tasa de mortalidad producto del estadio de la IRC. El presente estudio titulado “Calidad de vida y Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. Hospital Dos De Mayo. Perú 2013”, tuvo como objetivo valorar la calidad de vida de pacientes y determinar las estrategias de afrontamiento en los

pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis, con el propósito de orientar y brindar información actualizada sobre la calidad de vida y estrategias de afrontamiento que los pacientes utilizan a fin de que se diseñen programas de apoyo y soporte que ayude a contribuir a mejorar su calidad y estilos de vida.

El estudio consiste de Capítulo I. Introducción que expone la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos, y propósito. Capítulo II. Marco Teórico que contiene antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología que incluye el nivel, tipo y método de estudio, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, criterios de selección, procedimiento de análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados y Discusión. Capítulo V: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una situación clínica derivada de la pérdida de la función renal permanente y progresivo, a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario así como adquiridas.(3) En su etapa terminal, definida por Síndrome Urémico por lo que existe daño parenquimatoso detectado mediante ecografía, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante.(4)

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. El aumento progresivo de paciente con insuficiencia renal al tratamiento de hemodiálisis aumenta de 10% anual. El costo integral anual por paciente en Hemodiálisis es de s/.33,079.00 (\$9,451.00) sumando un costo anual de s/. 29 millones aproximadamente. (5)

Nuestro país no está exento de este grave problema de salud global. No hay estudios de prevalencia nacionales que hayan determinado con alguna precisión las tasas de prevalencia de la enfermedad renal crónica en sus diferentes estadios, sobre todo del estadio 5, siendo esta la población mas vulnerable que demanda mayores servicios de atención sanitaria. Partiendo de las estimaciones de población para el año 2013 (INEI 2013), tomando en cuenta la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA, extrapolando los resultados

del NAHNES para el Perú, se estima que existirían 9490 pacientes con ERC en estadio 5 y solo aproximadamente 1500 pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica. Estos datos muestran grandes brechas entre la población estimada con ERC en base al estudio NHANES III, y la población que actualmente recibe tratamiento con alguna modalidad de TRR. (6)

Los pacientes con esta enfermedad, suelen sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también espiritual, que no solo afectan a él, sino también a toda su familia. En ese sentido, es importante desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así también, es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento. El uso de estrategias de afrontamiento que permitan al paciente mantener su estado adaptativo de manera optima.

La IRCT es un problema sanitario y económico de gran impacto para la institución y que requiere acciones inmediatas y su tratamiento a través de la hemodiálisis, prolonga la vida del paciente, sin embargo, existe controversia respecto a la calidad de esta vida; más aún cuando nuevas modalidades de diálisis ofrecen mejores beneficios para mejorar la calidad de vida de los pacientes (7).

En el Hospital Dos De Mayo, se busca satisfacer plenamente las necesidades del paciente, en primer lugar, contribuyendo a incrementar los conocimientos de los pacientes respecto a su calidad de vida y en los profesionales de salud diseñar y/o formular estrategias orientadas a favorecer el uso de los mecanismos de afronte, ya que se ha

observado que el tiempo de espera para el tratamiento es prolongado que le ocasiona tensión, preocupación, estrés, labilidad emocional, llanto, entre otras manifestaciones refiriendo que no cuentan con los recursos económicos para concurrir a su tratamiento, ni familiares cercanos que los puedan ayudar.

Muchos de los pacientes que asisten al servicio de hemodiálisis se sienten angustiados porque no saben cómo reaccionarán a la sesión de tres o cuatro horas de hemodiálisis, algunos pueden presentar calambres, tensión arterial alta y/o baja, náuseas, entre otros síntomas, otros están preocupados por la disminución de ultrafiltrado durante la terapia. Algunos antes de la sesión se alimentan en gran cantidad pensando que ello se elimina en el tratamiento.

Se ingresa a la sesión de hemodiálisis es frecuente escuchar en los pacientes que esperan: “me causará dolor”, “voy a poder trabajar”, “quiero vivir para cuidar a mis nietos”, “tengo miedo de morir”, “me siento muy débil”, entre otras expresiones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento con Hemodiálisis. Hospital Dos De Mayo, 2013?

¿Cuál son las Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento con Hemodiálisis. Hospital Dos De Mayo, 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida de los pacientes con IRCT en hemodiálisis es variable debido a la propia enfermedad crónica. Las preocupaciones, el estrés, las complicaciones de la propia enfermedad; afectan las variables sociales y emocionales del paciente renal y su adaptación a la sociedad.

Si bien el tratamiento de hemodiálisis permite prolongar la vida del paciente, algunos de ellos manifiestan conductas de agresión o irritabilidad y/o negación. Asimismo algunos estudios indican que los que padecen IRCT presentan alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Por esta razón las variaciones psicoafectivas y sociales que presentan, afectan a su entorno social, familiar, amistades, entre otras. De ahí que el profesional de enfermería juega un rol importante en la educación y promoción de la salud, sin embargo ello debe ser precedido por información previa que poseen los pacientes, para que el personal actúe incrementando y/o reforzando los conocimientos previos, a través de la elaboración de estrategias y/o programas de educación para la salud dirigido a pacientes sobre los cuidados a tener, a fin de contribuir a prevenir las complicaciones y favorecer la adopción de conductas saludables y mejorar sus estilos de vida durante la vida diaria.

1.4 OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio fueron:

1.4.1 Objetivos Generales:

- Determinar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento con Hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Determinar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento con Hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.4.2Objetivos Específicos:

- Identificar la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar la calidad de vida en la dimensión psicológica en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar la calidad de vida en la dimensión social en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.

- Identificar las estrategias de afrontamiento enfocados en el problema en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar las estrategias de afrontamiento enfocados en la emoción en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar las estrategias de afrontamiento enfocados en otros estilos en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.5 PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información Actualizada a las autoridades del hospital y del departamento de Enfermería a fin de que les permita formular estrategias y/o diseñar planes de mejora continua destinadas a mejorar los servicios y así contribuir a proporcionar una calidad de atención humanística, oportuna y segura con la participación de todo el equipo de salud que labora en el servicio de hemodiálisis a fin de favorecer la adaptación del paciente al tratamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados al tema. Así tenemos que:

A Nivel Internacional

Ramírez Ruiz Mónica, Soto Pica Teresa, Barrios Rodríguez Paloma, en España, el 2011 realizaron un estudio titulado “Medición de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal”, cuyo objetivo fue detectar los problemas psicológicos de los pacientes. El estudio fue descriptivo de corte transversal, en 59 pacientes en hemodiálisis, con edades comprendidas entre los 22 y 84 años, del Hospital de Jerez. La técnica fue la encuesta y los instrumentos: Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Hamilton para la Depresión – Ansiedad. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los problemas psicológicos de los enfermos renales no se toman suficiente en cuenta, y no es detectada la manera de cómo esos problemas influyen en la producción de síntomas corporales y más concretamente en su calidad de vida. Es necesario una actuación por parte del personal que atiende a estos pacientes mediante información, educación, orientación y apoyo psicosocial, tanto con él, como con su familia, una vez superada la depresión, el enfermo irá encontrando salidas y soluciones a su problemática personal llegando con ello a una estabilidad y a la aceptación de la enfermedad”. (8)

Sierra Llamas Alicia, Julio Juan Carlos, en Barranquilla- Colombia, el 2010 realizaron un estudio sobre “Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Insuficiencia Renal en fase Dialítica”, cuyo objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento asumidas por pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo. La muestra fue de 10 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 60 años. Se utilizó el instrumento estandarizado en Colombia de afrontamiento al estrés de Sandin & Chorot. Las conclusiones fueron entre otros:

“El estilo de afrontamiento más común en esta muestra es el centrado en el problema con sus tres dimensiones: centrada en el problema (80% de la población), reevaluación positiva, con un 80%, y búsqueda de apoyo (60%). Ello indica que este grupo de pacientes asume un papel activo y sigue unos pasos concretos, lo que lo hace responder de manera adecuada a los cambios, demandas y tratamiento impuestos por la enfermedad. Le sigue la religión como estilo de afrontamiento, con un 60% alto en las puntuaciones”

“La religión, perteneciente a la dimensión de evitación y escape, indica que esta muestra percibe una interferencia importante de su condición de salud sobre su función física y, consecuentemente, acude a sus creencias religiosas como una vía de alivio que mejorará la situación.”(9).

Esquivel Molina Carlos Gerardo, Prieto Fierro José Guadalupe, López Robledo José, Ortega Carrasco Rosario, Martínez Mendoza Jesús Alfonso, Velasco Rodríguez Víctor Manuel, en México, el 2009, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis”, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida y el grado de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. El estudio es de tipo cuantitativo de corte transversal, se aplicaron dos cuestionarios a 54 pacientes: el inventario KDQOL-SF versión corta para calidad de vida del paciente nefrológico y el inventario de Beck para depresión, en

versión corta. Paquete estadístico, KDQOK-SFTM Versión 1.3. y V3.0, SPSS v10. Microsoft XP.

Las conclusiones fueron entre otras:

“Muchos pacientes con enfermedades terminales tienen una calidad de vida pobre, con depresión en diferentes grados que favorece el deterioro físico y mental.” (10).

Delgado Gonzales Alejandra, en México, el 2009, realizó un estudio titulado “Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica secundaria a Diabetes”, cuyo objetivo fue analizar las características que tiene la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con IRCT. El estudio fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes de un Hospital de segundo nivel, con el instrumento SF-36. Las conclusiones entre otras fueron:

*“La dimensión de la función física fue la más afectada en los pacientes en Diálisis peritoneal intrahospitalaria.”
“La dimensión menos afectada, fue la relacionada al rol emocional en la cual se expreso una motivación frente a la enfermedad al encontrar apoyo con la familia y el deseo de vivir.”(11).*

Acosta Hernández Paola Andrea, Chaparro López Leidy, Rey Anacosa Cesar, en Boyaca -Colombia, el 2008, estudiaron la “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal”, cuyo objetivo fue comparar la calidad de vida y estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con IRC que son sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. El método fue descriptivo de corte transversal. Los instrumentos fueron una ficha sociodemográfica, la prueba de calidad de vida WHOQOL-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1985). La población

fue de 120 pacientes con insuficiencia renal crónica. Las conclusiones fueron entre otros:

“Los pacientes trasplantados tienen puntuaciones más altas que los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal en la mayoría de variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal sus puntuaciones son similares”.

“Al comparar los tratamientos de trasplante renal y diálisis peritoneal se encontraron diferencias significativas en las variables de solución de problemas y reevaluación positiva donde es superior el tratamiento de trasplante. En calidad de vida las diferencias significativas se ubican en el nivel de independencia, relaciones sociales, salud psicológica ($F=11,50$, $p=,001$) y calidad de vida global, predominando el tratamiento de trasplante renal.”

“Se encontraron niveles significativamente más elevados en estrategias de afrontamiento de pacientes trasplantadas en comparación con las de hemodiálisis, específicamente en solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva, por otro lado es superior el grado de autoculpabilización en pacientes de hemodiálisis; situación similar se presenta en la calidad de vida percibida, evidenciando niveles más altos de pacientes trasplantadas en las variables de salud física, salud psicológica y calidad de vida global.” (12).

Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinoza Juan Carlos, en Bogotá -Colombia, el 2007, investigaron un estudio titulado “Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis”, cuyo objetivo fue observar si los estilos de afrontamientos asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Para ello se utilizaron los instrumentos SF-36 y CAE. Las conclusiones entre otras fueron:

“El afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas”

“La evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores.”(13)

Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinoza Juan Carlos, Gutierrez Carolina, Fajardo Laura, en Bogotá-Colombia, el 2006, estudiaron “Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, cuyo objetivo fue describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento. El cuestionario de salud utilizado fue SF- 36 y se registraron datos clínicos y bioquímicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio medico de adhesión. Las conclusiones entre otros fueron:

“Se observó un deterioro de importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada. Los resultados de la prueba T Student para grupos independientes mostró diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento, (n=19 y n=13 respectivamente). Asimismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con la salud mental, mientras que el segundo, con aspectos físicos”. (14)

Rodríguez Vidal Magali, Castro Salas Manuel y Merino Escobar José, el 2001, en Chile, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida en pacientes renales hemodializados” cuyo objetivo fue conocer las características personales y calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. El método fue descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La muestra fue de 90 pacientes hemodializados. La técnica fue la encuesta y el instrumento; un cuestionario. Las conclusiones entre otros, fueron:

“La calidad de vida en esta población es regular a baja. Función Física (64,7), Rol Social (55,9) y Rol Emocional (52,5), Rol Físico (23,6), Vitalidad (38,2) y Salud Mental (38,1) obtuvieron las puntuaciones más bajas.” (15).

A Nivel Nacional

Rodríguez Viru, Jennifer Laura, en Lima, el 2012, realizaron estudio sobre “Influencia del nivel de autoestima en la calidad de vida del usuario de hemodiálisis”, cuyo objetivo fue determinar la influencia del nivel de autoestima en la calidad de vida de los usuarios de hemodiálisis del Hospital II “Gustavo Lanatta Lujan” de Huacho. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento, la escala SF-36, y se una escala para medir la Autoestima.

La muestra fue de 71 usuarios con IRC en programa de hemodiálisis. Las conclusiones entre otras fueron:

*“La autoestima influye en la calidad de vida de los usuarios de hemodiálisis permitiéndoles adaptarse dentro de las limitaciones propias de la enfermedad”
“En general, en los usuarios predomina el nivel medio de autoestima, seguido del nivel alto y finalmente el nivel bajo.”
“La tercera parte de los usuarios de hemodiálisis presenta una calidad de vida aceptable, el resto se encuentra entre deficiente y ligeramente deficiente.”(16)*

Alfaro Cárdenas Pedro, en Lima, el 2012, realizó un estudio de investigación titulado “Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de Hemodiálisis”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las dimensiones del LCS y de la CVRS. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes, entre 20 y 70 años de edad, de cuatro centros de hemodiálisis. Se aplicaron dos cuestionarios. Para medir la CVRS se usó el cuestionario de salud SF-36 versión 2; para medir el LCS se usó la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud. El método fue descriptivo, de corte transversal. Las conclusiones entre otras fueron:

“La puntuación más alta es el área de Salud Mental y la más baja es la de Rol Físico. Las demás dimensiones se encuentran en un promedio entre 50 y 60, lo que revela un detrimento en la calidad de vida de los pacientes.”(17)

Figuerola Díaz Rocio, en Lima, el 2010, realizó un estudio titulado “Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal del servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida entre pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 que se encuentran en las diferentes modalidades de terapia de reemplazo de función renal, utilizando el cuestionario SF-36. Las conclusiones entre otras fueron:

La media encontrada en el total de pacientes del componente de percepción de salud física fue 44,20 y la media del componente de percepción de salud mental fue 45,99. Los pacientes trasplantados obtuvieron puntajes más elevados en las tres escalas y en los dos componentes (físico y mental) estudiados, lo cual nos permite inferir que tienen la calidad de vida más alta de los tres grupos. (18)

Hinojosa Cáceres Emilio, en Arequipa, el 2006, realizó un estudio la “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica EsSalud Arequipa 2006”, cuyo objetivo permitirá tener una percepción global de la satisfacción en un determinado número de dimensiones clave con énfasis particular en el bienestar del individuo, constituyendo un aporte en la toma de decisiones en nuestra gestión; ya que EsSalud atiende al 95% de pacientes con este diagnóstico a nivel Nacional, por lo que deseamos lograr una visión integral de numerosos de enlaces en esta patología. El método descriptivo de corte longitudinal. Utilizó el instrumento SF-36, total de 136 pacientes. Las conclusiones fueron:

“La valoración global del estado de salud, para el grupo de investigación tienen un 52.06 % en promedio. La población en estudio tiene una apreciación de buena calidad de vida. Independientemente del modelo de atención en tanto que la percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es regular a baja.”

“La escala de la función física se obtuvo los siguientes resultados en el grupo de hemodiálisis se observa un porcentaje de 38.67% mala y un 61.33% buena en DIPAC el 31.58% mala y un 68.42 buena y en el grupo de trasplante renal el 100% es buena; Para el dolor corporal; encontramos que en el grupo de hemodiálisis un 46.67% mala y un 53.33% buena en DIPAC el 31.68 % mala y un 68.42% buena y en el grupo de trasplante renal el 75 % es mala y buena en un 25%” (19)

Paredes Carrión Rosario, en Lima, el 2005, realizó un estudio sobre “Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal”, cuyo objetivo fue analizar la relación que existe entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. El método fue descriptivo correlacional de corte transversal. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los resultados obtenidos identificaron la existencia de correlaciones moderadas entre estas variables, las cuales incluyeron a los otros estilos de afrontamiento y a las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales. Igualmente, incluyeron el tamaño de la red percibida y efectiva, el nivel general de satisfacción del soporte social y las funciones de interacción íntima, participación social, información positiva, asistencia, interacción negativa, ayuda material y consejo e información.”

“Se encontró que el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes.” “Asimismo, indicaron una mayor ocurrencia del soporte social percibido que efectivo, y mencionaron tener mayor necesidad que satisfacción con su soporte social.”

“Se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento, y en los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográfica de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico.”(20)

Gamboa Carazas María Elena, en Cusco, el 2004, realizó un estudio titulado “Depresión y Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de la Unidad de Hemodiálisis de EsSalud de Cusco”. La población estuvo conformada por 48 pacientes que son sometidos a hemodiálisis. El método descriptivo de corte transversal. Utilizó el instrumento SF-36 Las conclusiones entre otras fueron:

“Los resultados demuestran que hay relación significativa inversa entre depresión y calidad de vida lo que indica que a menor calidad de vida, mayor depresión.”

“Así mismo se halla que a menor control de conducta, mayor depresión. A menor desempeño en el rol físico, mayor depresión. La ocupación juega un rol importante con relación a la depresión”. (21)

Por los antecedentes revisados se puede concluir que contribuyeron en forma importante al presente estudio a fin de que se permita formular estrategias orientadas a adoptar estilos de vida saludable que repercuten en la calidad de vida del paciente.

2.2. BASE TEÓRICA

A continuación se presenta la base teórica que permitió sustentar los hallazgos.

2.2.1 CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí, es decir, informalmente la calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social. (22)

La Organización Mundial de la salud en su grupo estudio de Calidad de Vida (WHOQOL Group) la ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de las personas. (23)

Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS). Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.(24)

Características de la calidad de vida:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.

▪ **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

▪ **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. (25)

Medida de la calidad de vida:

❖ Medidas de Incapacidad Funcional y Menoscabo:

- Índice de Katz.
- Medida de Independencia Funcional.
- Escala Plutchik de valoración Geriátrica.
- Índice de actividad de Duke.
- Entrevista sobre el deterioro de las actividades cotidianas en pacientes con demencia.

❖ Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental:

- Cuestionario de Salud General.
- Índice de Bienestar Psicológico.
- Hospital Anxiety and Depression Scale.
- Cuestionario de Incapacidad de Sheehan.
- Inventario de Experiencias de Duelo.
- Inventario Texas Revisado de Duelo.
- Cuestionario de Salud del Paciente.
- Escala de Calidad de Vida para Depresión.
- Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.

❖ Medidas de Salud Social:

- Cuestionario Apoyo Social Funcional Duke-UNK.
- Índice de Ajuste Psicosocial.
- Cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar.

- Entrevista Manheim de Apoyo Social.
 - ❖ Medidas de Dolor:
- Cuestionario del dolor.
- Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.
- Escala de Dolor-Función de la Cadera.
- Cuestionario de Dolor Cervical.
 - ❖ Medidas genéricas de la Calidad de Vida Relacionada (26)

Cuestionario SF-36

El SF-36 es un cuestionario de salud, utilizado en investigaciones médicas, de salud mental. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar. (27). Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que rellena el cuestionario. Estas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente y dan lugar a 8 dimensiones, que se mencionan a continuación:

- ❖ Funcionamiento Físico.
- ❖ Limitación por problemas físicos.
- ❖ Dolor corporal.
- ❖ Funcionamiento o rol social.
- ❖ Salud mental.
- ❖ Limitación por problemas emocionales.
- ❖ Vitalidad, energía o fatiga.
- ❖ Percepción general de la salud.

Han aparecido 2 versiones de este cuestionario. Siendo muy parecidas entre sí, aunque la versión 2 incorpora mejoras. Las preguntas piden respuestas relacionadas con el mes anterior. Sin embargo, tanto para la versión 1 y como para la versión 2 hay una adaptación (llamada versión águda), cuya diferencia radica en que pide las respuestas con relación a la semana anterior. Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo.

2. 2.2 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

La insuficiencia renal crónica muchas veces progresa desde insuficiencia inicial hasta la etapa terminal. No hay curación para la insuficiencia renal en etapa terminal (IRET). El daño a los riñones es irreversible. El tratamiento de la insuficiencia renal en etapa terminal consiste en sustituir las funciones que han perdido sus riñones mediante diálisis o trasplante de riñón. (28)

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas.

En su etapa terminal, definida por Síndrome Urémico y Ecografía que demuestre daño parenquimatoso, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante. (29)

Causas de IRCT

Entre las causas principales tenemos:

- ❖ Diabetes Mellitus (entre 10 a 40% de pacientes en hemodiálisis tienen diabetes).
- ❖ Hipertensión arterial (entre 10 a 25% de pacientes en hemodiálisis tienen hipertensión arterial).
- ❖ Glomerulonefritis (inflamación a los riñones): entre 15 y 20%.
- ❖ Inflamación de las vías urinarias.
- ❖ Lupus eritematoso y otras enfermedades reumáticas.
- ❖ Cálculos de las vías urinarias.
- ❖ Malformaciones congénitas.

Estas causas van destruyendo progresivamente las nefronas, que son las células básicas de los riñones. (30)

Síntomas de IRCT

Los síntomas de pacientes con IRCT son: orina espumosa, sed intensa, aumento de presión arterial (hipertensión arterial), amanecer con los parpados o la cara hinchados y en las tardes con los pies hinchados (por retención de líquidos), anemia, falta de apetito, pérdida de peso, náuseas, agitación fácil al caminar. (31)

Tratamiento de IRCT

Cuando el paciente se encuentra el paciente de IRCT debe cumplir con uno de estos siguientes tratamientos:

❖ **Diálisis.-** es el procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre. Hay dos formas de diálisis:

1. **Diálisis Peritoneal.-** cuando el tratamiento se hace a través del abdomen.
2. **Hemodiálisis.-** se emplea la Máquina de Hemodiálisis denominada también “Riñón Artificial”

❖ **Trasplante Renal.-** consiste en realizar una operación quirúrgica colocando al paciente un riñón sano de un donante (vivo o con muerte cerebral), que va a hacer la función de los dos riñones y por lo tanto dejara de dializarse. (32).

HEMODIÁLISIS

Es una técnica mediante un circuito extracorpóreo se hace pasar la sangre del paciente por un filtro denominado dializador, eliminando el agua y las sustancias retenidas y se regula el equilibrio acido- básico de la sangre.

El circuito extracorpóreo consiste de tubos (líneas) delgados y flexibles externos al paciente, por el interior que circula la sangre.

El tiempo normal de cada sesión es de 4 horas, la sangre continuamente sale del cuerpo, pasa a través del filtro y reingresa al cuerpo, consiguiéndose durante las sesiones de hemodiálisis una depuración adecuada de sustancias y una pérdida de líquido acumulado. (33)

Durante la sesión el paciente se le administra una sustancia anticoagulante llamada heparina para impedir que la sangre se coagule en el sistema extracorpóreo. Cada sesión se realiza tres veces por

semana y, en los periodos interdiálisis, se le da recomendaciones al paciente para que controle la ingesta de líquidos y de ciertos alimentos.

La hemodiálisis se realiza normalmente en centros hospitalarios o locales habilitados a tal fin que obligan al paciente a desplazarse los días que le corresponda. En algunas ocasiones se puede realizar en domicilio. (34)

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON IRCT

En todo el país, alrededor de diez mil asegurados reciben tratamiento para combatir los estragos que la insuficiencia renal crónica les ocasiona. Por ello esta enfermedad es un problema de salud pública a nivel mundial que, como señalan los especialistas, podría evitarse con practicar normas sencillas de prevención.

EsSalud atiende al 95% de pacientes con este diagnóstico en 48 centros establecidos en Lima, Piura, Chiclayo, Trujillo, Cuzco, Tacna, Arequipa e Ica. Si consideramos que un paciente se debe hemodializar 13 veces al mes, este centro realiza cada año un promedio de 75 mil sesiones de hemodiálisis sólo en Lima.

El trasplante renal representa en la actualidad el medio mas eficaz de restituir la salud a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, pero la escasez de donantes lo ha convertido en una posibilidad lejana para los pacientes, que deben acostumbrarse a las máquinas de un hospital o a las fístulas y catéteres necesarios para los procedimientos que los mantienen vivos.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el impacto de la enfermedad o del tratamiento que percibe el individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el

paciente en referencia a su apreciación del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y tratamiento. Esta evaluación tiene importancia por la estrecha correlación entre calidad de vida y los índices de morbilidad y mortalidad. (35)

2.2.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.(36)

Tipos

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe y Compas, 1987).(37)

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO

Nos permiten aprender a relajar la ansiedad y las reacciones ante el estrés en aquellas situaciones de la vida real que parecen amenazantes para cada persona; primero relajándonos en las escenas imaginadas; segundo, aprendiendo una amplia variedad de frases o comentarios de afrontamiento al estrés, y tercero, aplicando todo el proceso en la vida real.

Los pasos a seguir son:

- aprender la relajación progresiva.
- practicar la respiración profunda.
- construir una jerarquía de sucesos estresantes.
- visualizar en la imaginación las escenas mientras permanece relajado.
- cree una lista de pensamientos para afrontar el estrés.
- afrontamiento “en vivo”. (38)

Evaluación del afrontamiento al estrés y habilidades de solución de problemas.

Cohen y Lazarus (1979) definen las estrategias de afrontamiento como: los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas, que se evalúan como que exceden los recursos de una persona. (39)

El afrontamiento puede servir a una de dos funciones (Cohen, 1987):

- Resolución de problemas.
- Regulación de la emoción.

Los recursos de que dispone una persona para hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes son muy diversos. Según Folkman y Lazarus (1986) podemos señalar los siguientes:

- Materiales y económicos.
- Vitales: salud y energía.
- Psicológicos: creencias positivas.
- Técnicas de solución de problemas.

- Habilidades sociales.
- Apoyo social.

Según estos mismos autores el estrés se investiga a nivel fisiológico, psicológico y sociológico. El estrés experimentado a un determinado nivel de análisis no significa forzosamente que sea experimentado en otro distinto. La evaluación cognitiva representa el vínculo psicológico entre los distintos niveles. (40)

El planteamiento dominante en la evaluación del estrés ha sido el de evaluar los cambios ambientales principales o acontecimientos vitales (Live events). Este planteamiento es defectuoso (según Folkman y Lazarus, 1986) en las principales premisas de las que parte, según las cuales, el cambio por sí mismo ya es estresante, y los acontecimientos de la vida han de ser de orden superior para crear estrés o de una magnitud determinada para producir un deterioro en la salud. Según estos autores, los acontecimientos vitales tienen poca importancia práctica en la predicción de las consecuencias sobre la salud, pero se continúa con este planteamiento porque es fácil de aplicar y se confía en que las modificaciones que se introduzcan resulten de utilidad

Una medición del afrontamiento como proceso debe:

- Hacer referencia a pensamiento, sentimientos y actos específicos, y no a los informes de un individuo de lo que podría o quería hacer.
- Ser examinada en un contexto específico.
- Ser estudiada en diferentes períodos de tiempo. (41)

Para la evaluación del afrontamiento tenemos también otros instrumentos como:

- Inventario de Mecanismos de Defensa. Gleser e Ihilevich.
- Inventario de Preferencia de Operaciones de Afrontamiento (Yoffe y Naditch, 1977).
- Escala de Atributos de Competencia Psicosocial (Tyler y Pargament).
- Escala de Afrontamiento ACS (Frydenberg y Lewis). (42)

Cuestionario COPE

El Cuestionario COPE, elaborado por Carver, Scheir y Weintraub en 1989, este cuestionario permite evaluar las formas o estilos de afrontamiento que utiliza la gente ante eventos estresantes. El cuestionario está compuesto de 52 ítems que presentan cuatro alternativas de respuesta:

- (1) Casi nunca hago esto
- (2) A veces hago esto
- (3) Usualmente hago esto
- (4) Hago esto con mucha frecuencia

Presenta, además trece sub-escalas, correspondientes a los trece estilos de afrontamiento propuestos por los autores. Estas trece sub-escalas de estrategias de afrontamiento se pueden agrupar en tres formas o estilos más generales. Es importante señalar que Carver (1989) utiliza los términos estilo y estrategia de manera indistinta.

La agrupación en función de los tres estilos de afrontamiento que utilizan los autores quedan como sigue:

✂ Estilos de afrontamiento que se centran en el problema

- Afrontamiento activo: 1, 14, 21,40
- Planificación: 2, 15, 28,41
- Supresión de actividades competentes: 3, 16, 29,42
- Postergación del afrontamiento: 4, 17, 30,43
- Búsqueda de apoyo social: 5, 18, 31,44 (por razones instrumentales).

✂ Estilos de afrontamiento que se centran en la emoción

- Búsqueda de apoyo social: 6,19,32,45 (por razones emocionales)
- Reinterpretación positiva y crecimiento: 7, 20, 33,46
- Aceptación: 8, 21, 34,47
- Negación: 11, 24, 37,50
- Acudir a la religión: 9, 22, 35,48

✂ Otros estilos de afrontamiento

- Enfocar y liberar emociones: 10, 23, 36, 49
- Desentendimiento conductual: 12, 25, 38,51
- Desentendimiento mental: 13, 26, 39,52

El COPE cuenta con validez de constructo. Esta se obtuvo a través del análisis factorial de las respuestas que fueron obtenidas de un total de 978 estudiantes de la Universidad de Miami. El análisis arrojó 12 factores con eigenvalues de valores mayores a 1.0, de los cuales 11 fueron fácilmente interpretables. El restante, que no llegó a una carga factorial superior a 0.3, fue excluido del resultado final. La composición de aquellos 11 factores concordó con la asignación de los ítems a las escalas, a excepción de los ítems de las escalas Búsqueda de soporte

social, Afrontamiento activo y de Planificación, que aparecieron juntos en un mismo factor; sin embargo, se consideró adecuado mantenerlos como factores independientes de acuerdo a los criterios del modelo teórico (Carver et. al, 1989). (43)

En el Perú, el COPE en su versión disposicional fue adaptado por Casuso (1996) y ha sido utilizado en varias investigaciones que han corroborado su utilidad, validez y confiabilidad (Salazar, 1993; Sánchez 1993; Rojas, 1997; Flores, 1999, entre otras). Para la presente investigación, la validez del inventario se estableció a través de la composición factorial de acuerdo al análisis de los factores, encontrándose que existe hasta 13 factores con eigenvalues mayores a 1.1. Conforme al análisis de 50 rotación varimax, se identificó que las estrategias y los estilos de afrontamiento presentaron cargas factoriales satisfactorias. Anexo H (cuadra 1 y 2).

ENFERMEDAD NEFROLÓGICA

Nuestros riñones son los órganos responsables de eliminar los desechos de nuestro cuerpo. Los productos de desecho provienen del normal metabolismo de los alimentos que ingerimos.

Los riñones también son responsables de eliminar los subproductos de los medicamentos que tomamos, evitando así que se acumulen en la sangre. Además de estas funciones, los riñones también regulan la cantidad de sal que se excreta con la orina - lo cual es muy importante para prevenir la acumulación de líquidos en el cuerpo - y mantienen la concentración sanguínea normal de muchos minerales.

Al fin, los riñones también producen varias hormonas importantes para la salud, como la vitamina D y la eritropoyetina, que es la hormona que controla la producción de glóbulos rojos en la médula ósea. Si una enfermedad altera estas funciones renales, nuestros cuerpos sufren

muchos cambios que pueden llevar a la muerte si no recibimos tratamiento.

Las enfermedades nefrológicas tienen muchas causas, pero se las puede agrupar bajo algunas categorías:

- Aguda o crónica
- Adquirida o hereditaria
- Primaria (que no resulta de una enfermedad generalizada)
- Secundaria (que resulta del curso de ciertas enfermedades generalizadas)

Las enfermedades renales agudas suelen causar síntomas bastante evidentes, como sangre en la orina, hinchazón de cara, pies y piernas, subida de la presión arterial y respiración dificultosa. Estos síntomas son más comunes en niños que en adultos porque la enfermedad renal aguda es más común en los niños. Sin embargo, los adultos pueden experimentar los mismo síntomas. Si usted presenta una combinación de estos síntomas no debe demorarse en pedir atención médica.

Otras causas pueden ocasionar síntomas similares, pero un simple análisis de orina puede determinar si los síntomas son causados por una enfermedad renal o no. Generalmente, si hay enfermedad renal la orina contiene albúmina y pequeñas cantidades de sangre. Además, un simple análisis de sangre puede mostrar si los riñones están cumpliendo bien la función de eliminar los desechos de la sangre.

Al contrario de las enfermedades renales agudas, muchas enfermedades renales crónicas no muestran claras señales de aviso en sus etapas tempranas. Puede haber pérdida del apetito, leve hinchazón de piernas y cansancio. Estos síntomas suelen ser tan leves y poco

específicos que se los puede ignorar por largo tiempo. Algunos pacientes acuden al médico con estos síntomas leves sin sospechar que tienen una enfermedad renal avanzada.(44)

El paciente con IRA presenta una enfermedad crítica que lleva asociados otros trastornos o enfermedades comórbidas que asimismo, afectan a la función renal. La enfermera debe centrarse en el paciente y considerarle como persona que presenta muchas necesidades físicas y emocionales.

Debido a su elevada tasa de mortalidad, es fundamental la prevención de la IRA. Para ello, es necesario identificar y controlar los grupos de riesgo, las sustancias químicas y fármacos nefrotóxicos, y prevenir los episodios prolongados de hipotensión e hipovolemia. También presentan riesgo de padecer IRA las personas que sufran cualquier enfermedad que disminuya el flujo sanguíneo renal o los pacientes de edad avanzada con nefropatía persistente y que están expuestos a otros agentes neurotóxicos. Es importante estar atentos a las posibles infecciones, ya que son la principal causa de defunción en pacientes con IRA. Para prevenirlas es fundamental realizar una técnica aséptica estricta y proteger al paciente de personas con enfermedades infecciosas. Por lo general, las infecciones no se suelen manifestar con fiebre, por lo que hay que prestar atención a los síntomas locales como tumefacción, dolor, eritema, o sistémicos como malestar general, leucocitosis.

En el paciente diabético o mayor al que se le suministra contraste para una prueba diagnóstica, hay que prestar mucha atención para prevenir posibles lesiones nefrotóxicas secundarias al contraste. Por ello, es

fundamental la hidratación del paciente antes y después de la exploración.

Prestar atención a los tratamientos quimioterápicos causantes de hiperuricemia, ya que pueden aumentar el riesgo de lesiones renales. La enfermera tiene la responsabilidad del control del equilibrio hidroelectrolítico. Para ello, es importante monitorizar las constantes vitales, el equilibrio hidroelectrolítico y las entradas y salidas. En cuanto a las salidas, hay que valorar y anotar también las pérdidas extrarrenales por vómitos, diarreas, hemorragia y el posible aumento de las pérdidas insensibles.

La enfermera ha de conocer los signos y síntomas de hipervolemia, ya que se puede producir en la fase oligúrica; de hipovolemia, que se puede producir en la fase diurética; de los trastornos del sodio y potasio; y otros trastornos hidroelectrolíticos que pueden aparecer en la IRA. Es de importante mención la hiperpotasemia, ya que es la principal causa de muerte durante la fase oligúrica. Se manifiesta por arritmias cardíacas y trastornos de la función neuromuscular. (45)

En cuanto a la dieta, decir que ha de tener un alto contenido calórico y se deben ajustar la ingesta de proteínas y potasio según la función renal del paciente. (46)

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión en el estudio.

Calidad de vida en pacientes con IRCT

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo, respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional.

En este estudio significa la sensación de bienestar del paciente frente a las actividades de la vida diaria, valoración de su salud mental general, roles y expresiones, y como los problemas intervienen en la vida social de los pacientes, expresados a través del cuestionario de la calidad de vida cuyo valor final es alto, medio, bajo.

Estrategias de afrontamiento en pacientes renales

Son las manifestaciones o conductas que los pacientes adoptan para enfrentarse a situaciones de estrés y/o situaciones nuevas que viven por la enfermedad de la insuficiencia renal crónica terminal, y que será medido a través del cuestionario de estimación de afrontamiento COPE.

Paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Son pacientes de sexo masculino y femenino cuyas edades fluctúan entre 20 a 80 años de edad y, que padecen el estadio más avanzado de la insuficiencia renal crónica y están recibiendo tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Dos de Mayo.

Hemodiálisis

Es un procedimiento, orientado a eliminar toxinas y exceso de fluidos de la sangre y los tejidos haciendo circular de forma continua la sangre a través de un filtro. El filtro, conocido como dializador o riñón artificial, se utiliza con una máquina que hace las funciones del riñón.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, ya que permite la información tal como se obtiene en tiempo y espacio determinado.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo, ubicado en el Parque “Historia de la Medicina Peruana” s/n Alt. Cdra. 13 Av. Grau Cercado de Lima. Este es un establecimiento de prestigio, con 138 años de servicio, donde se atiende varias especialidades, se ejerce la docencia, capacitación e investigación académica, relacionada a las ciencias de la salud.

Cuenta con el servicio de Nefrología, donde los especialistas capacitados se encargan de la atención de pacientes portadores de daños que afectan los riñones y su función excretora. Puede ser definida como la especialidad clínica que se ocupa del estudio de la anatomía, fisiología, patología, promoción de salud, prevención, clínica, terapéutica y rehabilitación de las enfermedades del aparato urinario en su totalidad, incluyendo las vías urinarias que repercuten sobre el parénquima renal.

La unidad de Hemodiálisis cuenta con un ambiente que tiene 10 maquinas de hemodiálisis Nipro y una maquina portátil Nipro. Son dos módulos, por cada modulo hay una enfermera que está a cargo de 5 pacientes. Cuenta con cuatro turnos o sesiones, que oscilan de 3 a 4 horas de diálisis.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está constituida por todos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, cuyas edades fluctúan entre 20 a 80 años. Son un total de 120 pacientes en los cuatro turnos, provienen de diferentes puntos del país y distritos de Lima, con diversos niveles socioculturales y económicos; muchos de ellos cuentan con hogares funcionales y disfuncionales.

3.4 MUESTRA Y MUESTREO

La muestra está conformada por 60 pacientes seleccionados mediante muestreo probabilístico.

Método probabilístico de proporción

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1 (d^2) + z^2 (pq)}$$

$$n = \frac{120 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{120-1 (0,1)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)} = 53.5$$

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal
- Pacientes con tratamiento de hemodiálisis continuo
- Pacientes que acepten participar en el estudio

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes que dejan el tratamiento de hemodiálisis en más de una ocasión.

3.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica utilizada fue la encuesta, y los instrumentos, fueron el cuestionario Calidad de Vida SF-36 con variaciones donde se considera tres dimensiones; física, psicológico y social; el mismo que fue sometido a juicio de expertos y valorado en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo E). Luego de realizar la sugerencias y recomendaciones se procedió a realizar la prueba piloto a fin de someter a validez estadística mediante la prueba ítem- test coeficiente r de Pearson, siendo validos 21 ítems (anexo H). Para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba de alpha de Crombach, donde $\alpha = 0.90$.(Anexo I).

El segundo instrumento fue el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) Carver, Scheier y Weintraub (1989), con variaciones en la escala de medición. También fue sometido a juicio de expertos. Luego de realizar las sugerencias y/o recomendaciones se procedió a realizar la prueba piloto a fin de someter a validez estadística, y para la confiabilidad se aplicará la prueba de Alfa de Crombach (Anexo I). El COPE posee dos formatos en los que se evalúa el afrontamiento situacional y el afrontamiento disposicional. Siendo que en la presente investigación se utilizó el COPE en su forma disposicional.

3.7.- PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó el trámite administrativo a través de documentos dirigidos al Director General de dicha institución, y la coordinación con la Directiva de la Unidad Posgrado de Enfermería, a través de una carta de presentación firmada por la Sr. Director, adjuntándose el resumen del proyecto. Luego se realizó la coordinación con la jefa de enfermeras, para poder elaborar el cronograma de recolección de datos considerando un promedio de 30 minutos por cada unidad de análisis.

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz (Anexo F y G). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable de Calidad de vida se aplicó la escala de Stanones, valorándose en: Alta, Medio y Baja; y para la variable de Estrategias de afrontamiento se valoró en frecuencias absolutas y porcentajes (Anexo J)

3.8.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se consideró contar con la respectiva autorización de la institución y el consentimiento informado de los participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectados los datos estos fueron procesados y presentados en tablas y gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico: Así tenemos que:

4.1 RESULTADOS

En cuanto a los datos generales, del 100%(60), 8.33%(5) tienen de 20 a 29 años, 6.67%(4) entre 30 a 39 años, 18.33%(11) entre 40 a 49 años y 66.67%(40) entre 50 a mas años; 2.03%(13) son solteras, 35.593%(21) casadas, 6.78%(4) separados, 10.17%(6) convivientes, y 25.42%(15) viudos; 46.7%(28) son de sexo femenino y 53.33%(32) de sexo masculino. (Anexo K).

Por lo expuesto se puede evidenciar que la mayoría de pacientes que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis son adultos y adultos mayores, casados, con estudios primarios.

Respecto a la calidad de vida del paciente tenemos que del 100%(60), 40.79% (24) presentan una calidad de vida baja, 31.11% (19), alta y 28.10%(17), medio. (Gráfico N° 1). Los ítems relacionados a calidad de vida medio y baja están dados por la dificultad que presentan los pacientes para realizar actividades que requieran esfuerzo importante, experimentan tristeza e irritabilidad, no participan en actividades sociales o familiares. Entre las actividades relacionadas a calidad de vida alta, tenemos: trabajan normalmente, realizan actividades en el

hogar, se sienten satisfechos consigo mismo, no pierden la esperanza de luchar contra la enfermedad.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento centrados en la emoción el 96.67%(58) acuden a la religión, el 78.33%(47) usan la aceptación, 71.67%(43) el desentendimiento conductual y negación. (Gráfico N° 5) (Anexo O).

Las estrategias de afrontamiento están dadas por los procesos psicológicos automáticos que protege al individuo frente a la ansiedad y a las amenazas externas, (como situaciones) y internas, (como recuerdos desagradables).

El afrontamiento viene a ser un proceso constituido por un conjunto de estrategias dirigidas a la búsqueda o restablecimiento del equilibrio, existen diferentes estrategias que la persona puede utilizar los cuales están en relación al afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social, aceptación, acudir a la religión

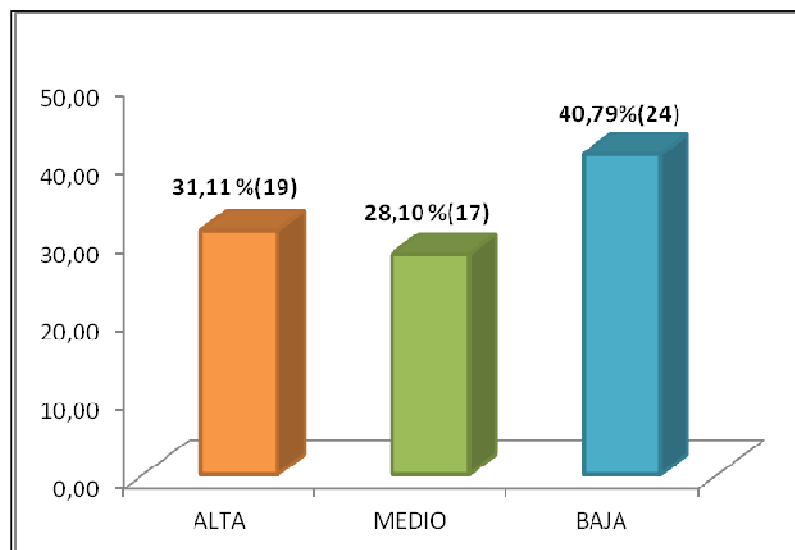
GRÁFICO N° 1

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS. HOSPITAL NACIONAL

DOS DE MAYO

LIMA – PERÚ

2013



Por lo que se puede deducir que la mayoría de pacientes en el servicio de hemodiálisis, tienen una calidad de vida baja. Ello esta relacionado con la dificultad para realizar actividades físicas como correr, levantar objetos pesados, caminar más de una hora, reducen el tiempo dedicado a sus tareas cotidianas, se sienten nerviosos, tristes y tienen dificultades para realizar sus actividades sociales. (Anexo L).

En la calidad de vida de los pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis tenemos que del 100% (60), 40.79%(24), 31.11%(19) y el 28.10%(17), presentan baja, alta y promedio respectivamente.

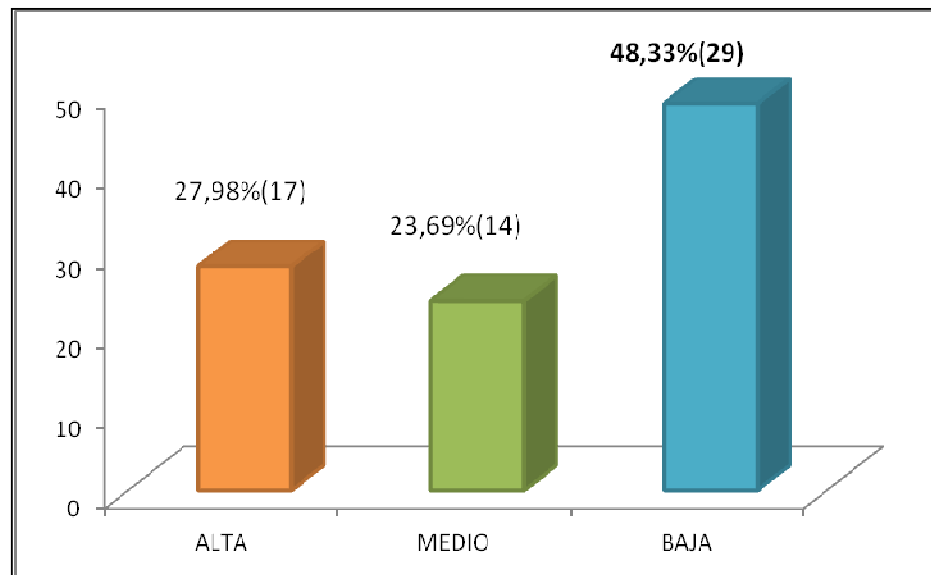
La insuficiencia renal crónica terminal se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años.

Los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta la calidad de vida; por otra parte a nivel sociodemográfico, algunas variables han logrado explicar mejor la percepción de calidad de vida, e incluso se ha identificado que existen variables influyentes en la rehabilitación como lo son la edad, sexo, estado civil, actividad laboral y nivel educativo; por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica.

GRÁFICO Nº 2

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013



Las actividades relacionadas a la calidad de vida baja están dados por dificultad para realizar deportes agotadores, correr, levantar objetos pesados, caminar una o varias manzanas, subir varios pisos por la escalera.

Las relacionadas a calidad de vida promedio están dadas por reducir el tiempo dedicado a sus actividades laborales, dejar de hacer su trabajo a causa de su salud física.

Respecto a calidad de vida alta están dados por la facilidad de realizar esfuerzos intensos, correr, levantar objetos, caminar más de una manzana, subir escaleras, trabajar sin dejar de realizar sus actividades laborales, pero como podemos apreciar en los datos generales solo se da en el 27.98% de pacientes. (Anexo M).

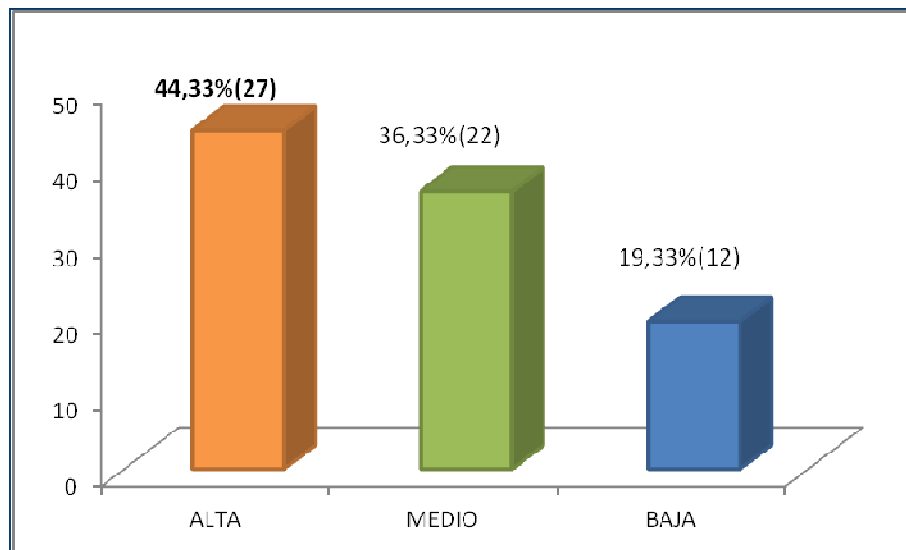
Según el grafico nº 2 la calidad de vida en la dimensión física de los pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del 100%(60), 48.33%(29) presentan baja, 23.69% (14) promedio y 27.98% (17) alta.

La evaluación del estado funcional ha sido utilizada para medir el impacto de la enfermedad en el individuo, en ensayos clínicos como el de Elizabeth Velarde Jurado y Carlos Ávila Figueroa quienes estudiaron la “Evaluación de la calidad de vida”; en estudios de comunidad y en evaluaciones económicas.

Cuando se disminuye el estado funcional, la persona disminuye el autoestima, se evidencia depresión y el aislamiento, es decir el individuarse lo que pone en desventaja en sus relaciones interpersonales, lo que dificulta para integrarse al trabajo o a los deportes y en general a las actividades cotidianas.

GRÁFICO Nº 3

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PSICOLOGICA EN
PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA – PERÚ
2013**



Respecto a la relación entre el concepto de bienestar psicológico y el de calidad de vida, es pertinente tener en cuenta el análisis de Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000) sobre el concepto de calidad de vida, pues lo que varios autores definen como bienestar psicológico se correspondería con la dimensión psicológica de la calidad de vida, definida en los términos de estos autores. En la revisión realizada, se encuentran autores como Brock (1998), quien incluye el tema de la "buena vida"; García Riaño (1991), Moreno y Ximénez (1996) y Sparks, Faragher y Cooper (2001), quienes también se refieren a la relación de

estos conceptos con el de salud. Para Moreno y Ximénez (1996), la salud implica tanto un bienestar psicológico como un buen funcionamiento físico, así como habilidades para enfrentar situaciones difíciles, sistemas de apoyo social e integración de la comunidad.

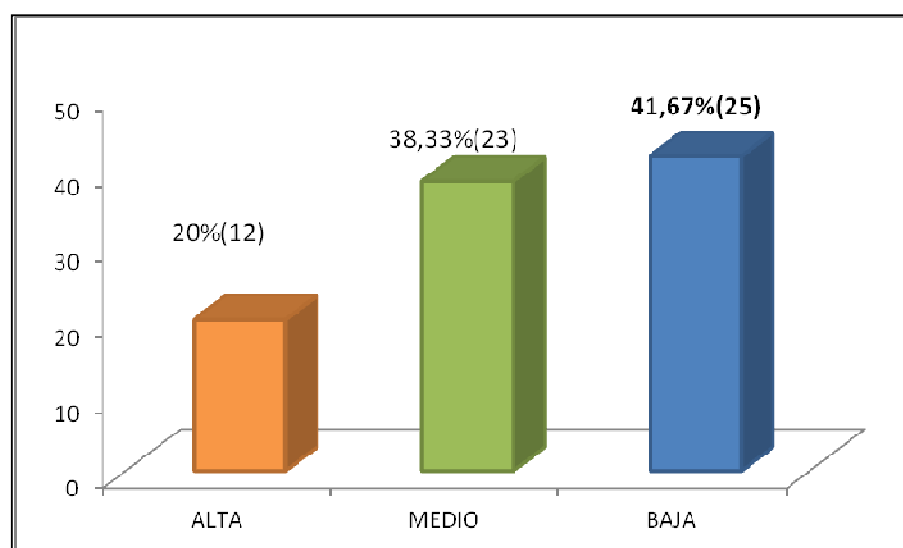
Sobre la calidad de vida según la dimensión psicológica en el grafico nº 3 se muestra que del 100%(60), 44.33% (27) de los pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis presentan una calidad de vida alta, 36.33% (22) promedio y 19.33% (12) baja.

Los ítems referidos a calidad de vida alta están dados por estados de felicidad, paz, tranquilidad durante la última semana. Los ítems referidos calidad de vida promedio y baja están dados por estados de depresión, tristeza, nerviosismo en los pacientes durante la última semana. (Anexo N).

La función psicológica de un paciente es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la perdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

GRÁFICO Nº 4

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SOCIAL EN PACIENTES
CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA – PERÚ
2013**



Acerca de la calidad de vida en la dimensión social tenemos que de 100%(60), 41.67% (25), 38.33% (23) y 20% (12) presentan alta, promedio y baja respectivamente.

Los ítems referidos a calidad de vida baja y promedio están dados por dificultades para visitar y realizar actividades sociales con amigos o familiares.

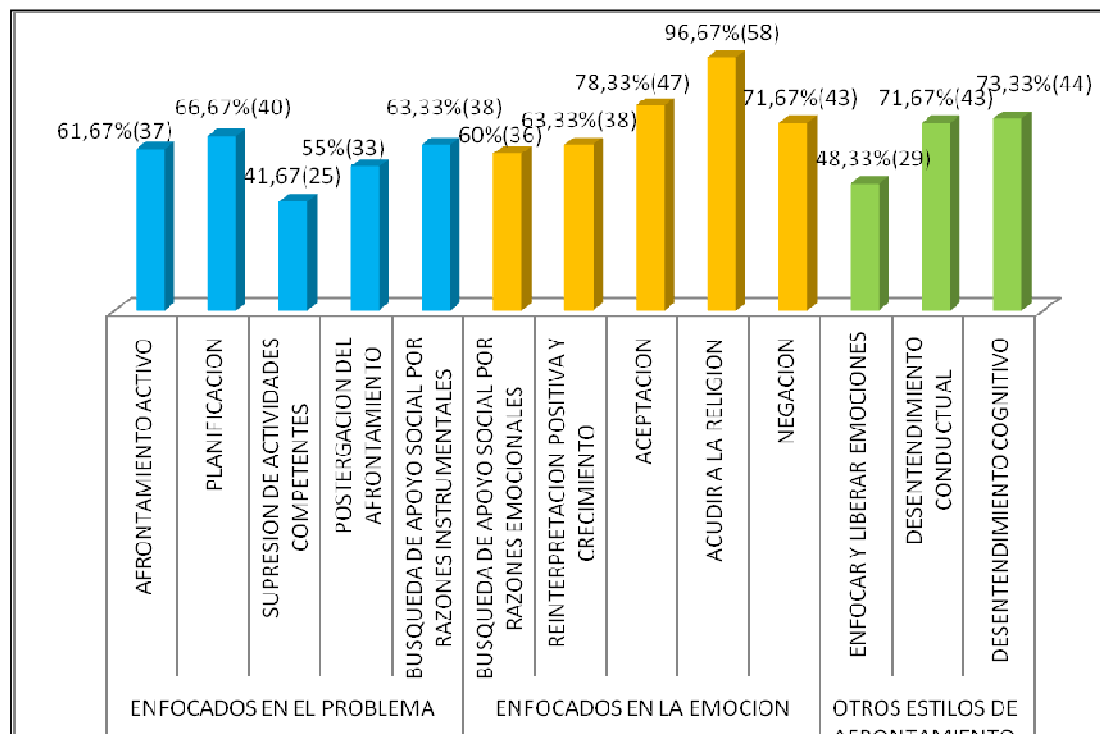
Las actividades referidos a calidad de vida alta, se refiere a pacientes viviendo o no bajo el mismo techo con sus familiares cercanos, presentan bajos límites en sus relaciones familiares, es decir, cumplen su rol de abuelos, mantiene sanas relaciones con grupos de pares, ocupan con creatividad su tiempo libre, toman sus decisiones de manera independiente y tiene un propio proyecto de vida. (Anexo Ñ).

El adulto mayor que presenta avanzados niveles de autonomía social, psicológica y económica busca vivir físicamente independiente de su familia, manteniendo lazos directos con sus familiares. Sin embargo, cuando esta situación no puede darse por dificultades económicas o de salud, el adulto mayor opta por vivir con aquel pariente que cuente con las mejores condiciones materiales y afectivas para recibirlo.

Para un estado de completo bienestar necesitan una mejora de calidad de vida que les permita estar emocionalmente en equilibrio con ellos mismos y con su entorno. Participar en actividades sociales, que ayuden a mejorar su estado de ánimo, su calidad de vida; que les permita adaptarse a situaciones difíciles, y conseguir apoyo cuando necesiten.

GRÁFICO Nº 5

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON IRCT
EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA – PERÚ
2013**



En el grafico nº 5 se observa que las estrategias enfocadas en la emoción son las más utilizadas por los pacientes, predominando acudir a la religión con un 96.67%(58) y 78.33%(47) utilizan la aceptación. Seguido por otros estilos de afrontamiento, el 73.33% (44) utilizan el desentendimiento cognitivo y 71.67%(43) usan el desentendimiento

conductual. Por último se encuentra enfocados en el problema donde el 66.67%(40) planificación, y 63,33%(38) buscan apoyo social por razones instrumentales. (Anexo O).

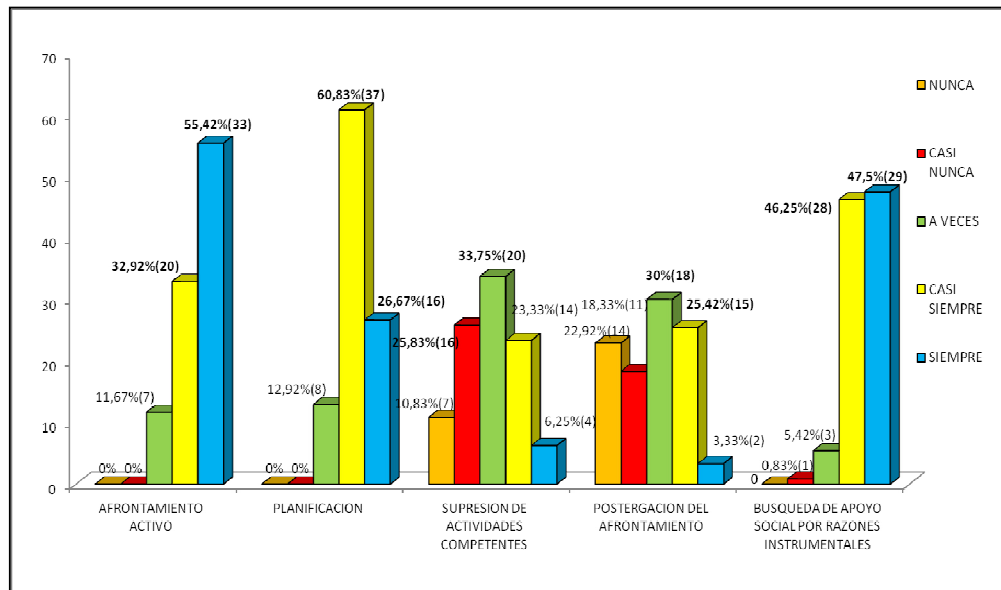
Se observó que había grandes diferencias en la forma de afrontar los problemas de este tipo de pacientes. La investigación sobre las estrategias de afrontamiento ha estado conceptualmente dirigida tanto por una serie de estereotipos culturales respecto a cómo creemos que la gente normalmente se comporta o «debe comportarse» ante un suceso aversivo determinado.

A veces, el empleo de una estrategia de solución de problemas tiene por sí misma repercusiones favorables en la regulación emocional pero puede suceder lo contrario. Por ejemplo, una estrategia aparentemente eficaz para la regulación de la ira (p. ej., dar un grito a una persona), puede dejar el problema tal como estaba e incluso crear otros nuevos (p. ej., rechazo por parte de la otra persona).

Los pacientes que llevan menos tiempo en diálisis movilizan la búsqueda apoyo social. También recurren más a la distracción procurando no pensar demasiado en su problema. Así, recurrir a la compañía de otros para distraerse o realizar actividades que resulten placenteras tiene efectos positivos porque ayuda a centrar la atención en otros aspectos disminuyendo las emociones negativas y pensamientos repetitivos. Por el contrario parece que los que llevan más tiempo tienden al aislamiento social y a la confrontación-oposición, es decir, tratan de evitar estar con otros y reconocen que manifiestan más su enfado por su situación.

GRÁFICO Nº 6

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN EL
PROBLEMA EN PACIENTES CON IRCT
EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIMA – PERÚ
2013**



Según el grafico nº 6 respecto a estrategias de afrontamiento centrados en el problema tenemos que el 60.83%(37) de los pacientes renales casi siempre planifican, 55.42%(33) siempre usan afrontamiento activo, 47.5%(29) siempre buscan apoyo social por razones instrumentales, 33.75%(20) de pacientes renales a veces suprimen actividades competentes y 30%(18) a veces postergan el afrontamiento.

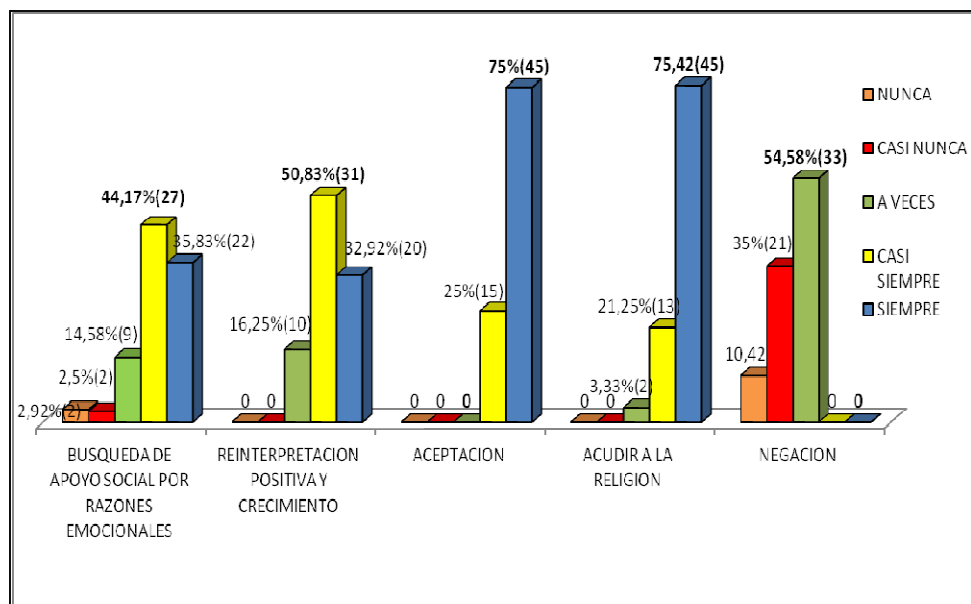
Los ítems que evalúan las estrategias enfocados en el problema están dados por esforzarse en conseguir lo que uno se propone, le cuenta sus problemas a tercera persona quien pueda brindarle información sobre la situación, piensa y analiza sus problemas. (Anexo P).

Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979).

GRÁFICO N° 7

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN LA
EMOCIÓN DE PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO
CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOS DE MAYO
LIMA – PERÚ
2013**



En estrategias de afrontamiento enfocados en la emoción del presente grafico n° 7 se observa que el 75,42%(45) de pacientes renales siempre acuden a la religión, 75%(45) siempre aceptan su enfermedad, mientras que 54,58%(33) a veces niegan; 50,83%(31) casi siempre reinterpretan positivo y crecimiento, 44,17%(27) casi siempre buscan apoyo social por razones emccocionales.

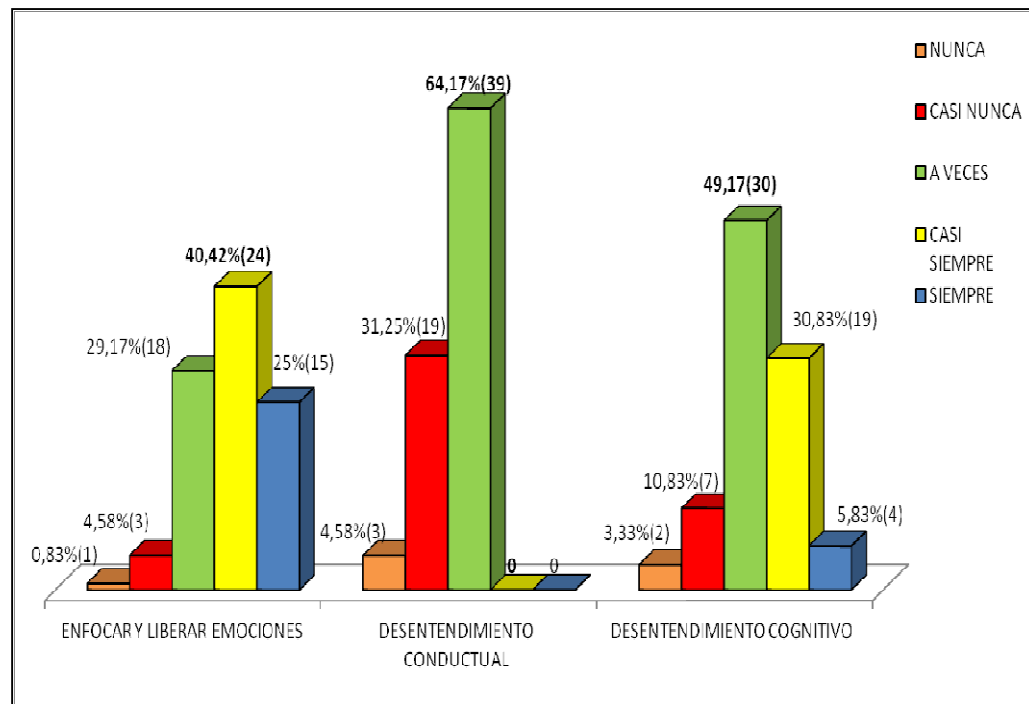
Los items que conforman las estrategias están dadas por decir lo que uno siente, contar con apoyo de amigos, familiares, aceptar la enfermedad y sus consecuencias, pedir y confiar en Dios, negar la existencia de la enfermedad. (Anexo Q).

Cuando existen situaciones fuera del control personal o incluso aun estándolo, se considera una estrategia positiva reinterpretar la situación y además comprender que tiene un sentido especial lo que se está viviendo, permitiendo la religión encontrar un camino a la trascendencia y transformación positiva de sí mismo a través de la dificultad, además de comprender que existen situaciones que si no están bajo el control de uno mismo es mejor aceptarlas y entender que existe una finalidad superior que probablemente no se está en la capacidad humana de entender.

Se considera una estrategia utilizada de forma negativa cuando se usa como escape o evitación hacia el estresor.

GRÁFICO Nº 8

OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013



En el presente grafico acerca de estrategias de afrontamiento enfocados en otros estilos se observa que el 64.17%(39) de los pacientes renales utilizan a veces la estrategia de desentendimiento conductual, 49.17%(30) usan a veces desentendimiento cognitivo y 40.42%(24) casi siempre enfocan y liberan emociones.

Los items que evalúan las estrategias enfocados en otros estilos se encuentran el evitar pensar en los problemas, no hacer nada por solucionarlos, expresar lo que uno siente. (Anexo R).

La persona centra su atención en entender cuál es el problema, comprende que es un elemento que puede estar bajo su control si logra identificar que aspectos están relacionados.

Siguiendo a Olson y Mc Cubbin (1989) señalan la importancia de entender al afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia. El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Así, y según Fernández-Abascal (1997), estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

4.2 DISCUSIÓN

La calidad de vida en el área de la salud define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo y mantiene una relación directa con las dimensiones física, psicológica y social de la salud, considerando de esta manera el bienestar global del individuo.

Por ello acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de esta madeja de factores mutuamente influyentes.

En tal sentido es posible argumentar que la IRCT es percibida como una enfermedad irreversible pues una vez que ataca a la salud es imposible recuperar los mismos niveles de funcionamiento previos a su diagnóstico.

En el presente estudio la Calidad de vida en la dimension fisica fue la mas afectada en los pacientes con IRCT en tratamiento hemodialitico, comparado con el estudio “Calidad de vida en pacientes renales hemodializados” de Rodriguez Vidal, Castro Salas Manuel y Merino Escobnar el 2001 en Chile, donde el rol fisico y la salud mental obtuvieron puntajes mas bajos. Sin embargo un estudio realizado en cuatro centros de hemodialis Lima, Peru sobre “Calidad de vida relacionado a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodialisis” obtuvo un resultado similar siendo el área de salud mental la más alta y la baja es la del rol físico.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento mencionadas como las de mayor uso por los participantes de la investigación, se encontró las estrategias de aceptación, acudir a la religión, planificación y afrontamiento activo. Siendo el estilo enfocado en la emoción como el de mayor uso, predominando la estrategia de aceptación, se piensa

que la mayoría de los participantes tienen por lo menos de uno a cinco años de diagnóstico y tratamiento. Por lo que es posible que los pacientes presenten una mayor inclinación por aceptar la ocurrencia de la IRCT y su tratamiento como evento estresante y de las consecuencias que derivan de ellos. Es decir, es posible que los participantes hayan contado con el tiempo necesario para entender el significado de su enfermedad y de los cambios que requiere como para llegar a la realización de que al ser un evento irreversible necesitan aceptarlo y adecuarse a él si es que desean seguir viviendo.

Por otro lado, las estrategias de enfocar y liberar emociones, supresión de actividades competentes y desentendimiento conductual, fueron descritas como las estrategias de afrontamiento de menor uso por los participantes en cuestión. Así se estima que la estrategia enfocar y liberar emociones, parte de que los pacientes no interaccionan de una manera adecuada con los amigos y/o familiares, se reservan sus problemas e ideas. Todo lo contrario al estudio hecho por Paredes Carrion Rosario en Lima en el 2005: "Afrontamiento y soporte en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal", donde se encontró que el afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo de mayor uso.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio fueron:

- La calidad de vida en los pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis es baja. (Anexo L, Grafico N° 1)

La calidad de vida en la dimensión física en pacientes renales es baja, ya que presentan limitaciones para realizar ejercicios, deportes, subir escaleras, caminar más de una hora, ir al mercado, cargar objetos. Presentan dolor en alguna parte de su cuerpo. Sin embargo existe un menor porcentaje que si realiza ejercicios sin mucho esfuerzo y se sienten satisfechos. (Anexo M, Grafico N° 2)

La calidad de vida en la dimensión psicológica es alta, los pacientes manifiestan sentirse tranquilos porque se encuentran dializando para mejorar su calidad de vida, y se sienten en paz consigo mismos. (Anexo N, Grafico N° 3)

La calidad de vida en la dimensión social en pacientes renales es baja, porque no participan de actividades, reuniones sociales y/o familiares, manifiestan preocupación por su aspecto físico lo que les impide salir a reuniones, además presentan cansancio lo que les limita sociabilizar, se aíslan. (Anexo Ñ, Grafico N° 4)

En cuanto a las estrategias de afrontamiento con mayor porcentaje que utilizan los pacientes se encuentran los estilos centrados en la emoción, acuden a la religión, buscan y ponen su confianza en Dios; asimismo aceptan y aprenden a vivir con sus problemas. Seguido de otros estilos, usan el desentendimiento cognitivo y conductual, donde reconocen que realizan actividades para no pensar tanto en sus problemas. Asimismo un porcentaje planifican, piensan como podrían enfrentar y que es lo que tienen que hacer para solucionar sus problemas.(Anexo O, Grafico N° 5)

En las estrategias de afrontamiento centrados en el problema, los pacientes planifican, piensan y tratan de encontrar cuales son las cosas que tienen que hacer para solucionar sus problemas; también buscan apoyo social por razones instrumentales, piden información, consejos sobre lo que tiene que hacer a personas con similares problemas. (Anexo P, Grafico N° 6)

Estrategias de afrontamiento enfocados en la emoción, los pacientes renales acuden a la religión, se refugian y piden a Dios que les ayude a superar su enfermedad. Seguido de aceptación, donde aprenden a vivir con su enfermedad.(Anexo Q,GraficoN° 7)

Estrategias de afrontamiento enfocados en otros estilos, los pacientes utilizan el tipo desentendimiento conductual, reconocen que no pueden más con sus problemas y dejan de hacer algo por resolverlos. (Anexo R, Grafico N° 8)

5.2 LIMITACIONES

Las conclusiones solo son válidas para la población de estudio de pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013.

5.3 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que derivan del presente estudio está dado por:

- Que el personal de salud del servicio de hemodiálisis implemente programas orientados a fortalecer los mecanismos de afrontamiento
- Que el Departamento de Enfermería y/o la Enfermera Jefe del servicio de Nefrología elabore y/o diseñe estrategias orientando a fortalecer los estilos de vida saludable, así como los mecanismos de afronte.
- Realizar estudios de investigación aplicando el enfoque cualitativo referente a calidad de vida y estrategias de afrontamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Cunha FL., Teles ZL.. Evaluación de la Calidad de Vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. Vol.10, Brasil, 2010.
- (2) Vásquez Mendoza, F. Vigencia de los Derechos y Deberes del paciente renal. –Artículo Nefrológico.
- (3)(29) Guía Clínica Insuficiencia Renal, pág. 21, Ministerio de Salud Chile- 2005.
- (4)(7) Ministerio de Salud Chile- Descripción de Patología GES, IRCT2005
- (5)(23) Calidad de Vida- Wikipedia, Enciclopedia libre. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida
- (6) Calidad de Vida Enciclopedia Libre Universal en Español. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
- (8) Ramírez RM, Soto PT. Medida de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. España, 2011.
- (9) Sierra LC, Juan CJ. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. Vol. 13, Colombia-Barranquilla, 2010.p. 27-41.

- (10) Esquivel MC, Prieto FJ. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. México, 2009.
- (11) Delgado Gonzales, A. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a Diabetes. México, 2009.
- (12) Acosta HP, Chaparro LL. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Colombia, Mayo-Julio 2008.
- (13) Contreras F., Esguerra G, Gutiérrez C. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universidad Santo Tomas, Facultad Psicología. Bogotá, Colombia, 2007.
- (14) Contreras F., Esguerra G, Gutiérrez C. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Universidad Psicológica, vol. 5, núm. 3. Colombia, Bogotá. 2006. pp. 487-499.
- (15) Rodríguez VM, Castro SM, Merino EJ. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. Concepción de Chile, 2001.
- (16) Rodríguez Viru, J. Influencia del nivel de autoestima en la calidad de vida del usuario de hemodiálisis. Perú, Lima. 2012.

- (17) Alfaro Cardenas, P. Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de Hemodiálisis. Perú, Lima. 2012.
- (18) Figueroa Díaz, R. Calidad de Vida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal del servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Perú, Lima. 2010.
- (19) Hinojosa Cáceres E. Evaluación de la Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica Essalud. Arequipa. Perú, Arequipa. 2006.
- (20) Paredes Carrión, R. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Perú, Lima. 2005.
- (21) Gamboa Carazas, M. Depresión y Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal de la Unidad de Hemodiálisis de EsSalud. Cusco. Perú, Cusco. 2004.
- (22) Soto Pérez, F. Calidad de vida, características y aplicación del constructo. Nro.2. Chile, 2011.
- (24) Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionado con la salud. Ciencia y Enfermería V.9 .n. 2 Concepción, Chile. Diciembre 2003.

- (25)** Sara MR, René GB. Actividad física y bienestar subjetivo Ediciones Díaz de Santos. Vol. 2. España, Madrid 2012. Cap. 5.p. 81- 85.
- (26)** Casas AJ, Repullo LJ, Pereira CJ. Medicina Clínica. Vol. 116. N.20. Junio 2001.
- (27)** Cuestionario SF-36, actualizada 19 agosto 2008. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Cuestionario_SF-36
- (28)** Baxter. Inforenal. Soporte y recursos para pacientes con enfermedad renal. Mayo 2006. Disponible en: http://mexico.renalinfo.com/treatment/end_stage_kidney_failure/
- (30) (31)** Boletín Tecnológico. IRCT. EsSalud. 2006.
- (32)** National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC), publication catalog. Junio 2008.
- (33)(34)** Buch López A. Guía de Buenas Prácticas en Hemodiálisis. Innef, Cuba.2003.
- (35)** Insuficiencia renal en etapa terminal, Inforenal. Soporte y recursos para pacientes con enfermedad renal. Mayo 2006.
- (36)** Martín DD, Jiménez SP, Fernández AE. Estudio sobre Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Vol. 3 Num.4. España.

(37)(38) Vázquez VC, Crespo LM, Ring MJ. Estrategias de Afrontamiento. Cap. 31. Pág. 425-430.

(39)(40)(42) Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. España, 2003. Vol. 8 , Núm. 1, pp. 39-54.

(41) Fierro Alfredo. Estrés y Adaptación. 1997, pp 9-38.

(43) Landero R, González MT. Cope 28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. Colombia, 2010, vol. 9, Núm. 2, pp. 543-552.

(44) Norman Bank, Joel Neugarten. Prevención de las Enfermedades Renales. (Citado el 10 de Enero del 2002). Disponible en:

http://www.kidneyurology.org/ES/Patient_Resources/PaR_Lib_BKidneyDisease.htm

(45) Ayala MV. Insuficiencia Renal Aguda y Crónica. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

(46) Román DL, Bustamante L. Aspectos Nutricionales en la Insuficiencia renal. España 2008.

BIBLIOGRAFÍA

- Anales Médicos. Jul.- Sep., 2005. Pág. 100-110.
- Borrego Jaime, Nefrología, pág. 728, 2003.
- Caballo E. Vicente. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. Volumen 2, págs. 143-165.
- De Luis Daniela. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Pág. 128.
- Farreras y Rozman. Medicina Interna, 13ª ed., Ed. Harcourt Brace. Vol., pp. 882 – 892 España. 1997.
- Fresenius Medical Care. Opciones de tratamiento para la Insuficiencia renal crónica. 2002. Pág. 3-23.
- Frydemberg, E. Lewis, R. Escala de afrontamiento frente al estrés TEA. Madrid. 1996.
- Garduño Estrada León. Calidad de vida y bienestar subjetivo. México. 2005. Págs. 23-78.
- Gonzales Álvarez Teresa. Nefrología- Conceptos básicos en atención primaria. Pág. 137. 2010.

- Hernando Avendaño Luis. Nefrología Clínica. Procedimiento, diagnóstico y valoración del enfermo con insuficiencia renal crónica. Pág. 800-812.
- Lorenzo Tapia Francisco. Cuidados en Enfermería en la unidad de hemodiálisis. Págs. 2-89.
- Lorenzo Tapia Francisco. TCAE en Hemodiálisis, España, págs. 47-58.
- Manual Merck, Medicina para el hogar. 2010. Págs. 506.
- Oblitas A. Luis. Psicología de la Salud y Calidad de Vida, vol.1, págs. 2-45. 2006.
- Peña Fernández María. Características socioemocionales de las personas adolescentes. Pág. 103. 2008.
- Smith. Fisiopatología 4ª ed., Ed. Mosby, pp. 678-685. España. 2001.
- Tirado L, Durán J, Rojas M, Venado A. Las unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, procesos y resultados. Salud Pública. México.2011.

Anexos

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de Variables	I
B. Matriz Operacionalización de variables	X
C. Instrumentos de recolección de datos	XIII
D. Consentimiento Informado	XIX
E. Tabla de Concordancia- Prueba Binomial	XX
F. Tabla de Códigos	XXI
G. Tabla Matriz de Datos	XXVI
H. Validez, Estadística del Instrumento	XL
I. Confiabilidad de los Instrumentos	XLIII
J. Medición de la Variable	XLVI
K. Datos Generales en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LII
L. Calidad de Vida en paciente con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LIV
M. Calidad de vida en la dimensión física en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LVI
N. Calidad de vida en la dimensión psicológica en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LVIII
Ñ. Calidad de vida en la dimensión social en paciente con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LIX

O. Estrategia de afrontamiento en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LX
P. Estrategias de afrontamiento centrados en el problema en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LXI
Q. Estrategias de afrontamiento centrados en la emoción en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LXIII
R. Otros estilos de afrontamiento en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	LXV

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Calidad de Vida	Bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida, que está influido por el entorno en que vive.	Sensación de bienestar del paciente frente a las actividades de la vida diaria, valoración de su salud mental general, roles y expresiones, y como los problemas intervienen en la vida social de los pacientes, expresados a través del cuestionario de la calidad de vida cuyo valor final es alto, medio, bajo.	Física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades que requieran un esfuerzo importante. ▪ Capacidad para realizar actividades de autocuidado. ▪ Síntomas: dolor, falta de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, sensación de falta de aire o dificultad para respirar, debilidad y cansancio. Descanso y sueño. 	1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? 2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? 3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra? 4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? 5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? 6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

					<p>7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?</p> <p>8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?</p> <p>9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?</p> <p>10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?</p> <p>11. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</p> <p>12. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?</p> <p>13. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</p> <p>14. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?</p>
--	--	--	--	--	--

			Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para tomar decisiones o resolver problemas ▪ Tristeza ▪ Irritabilidad ▪ Cambios repentinos en estado de ánimo ▪ Preocupación por el futuro ▪ Dificultad para recordar las cosas ▪ Dificultad para mantener la concentración. Autoestima	15. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso? 16. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? 17. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? 18. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste? 19. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
			Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades recreativas ▪ Relaciones interpersonales ▪ Roles sociales ▪ Función sexual ▪ Relaciones familiares ▪ Desempeño laboral 	20. Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? 21. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Estrategias de Afrontamiento	Proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible las demandas internas y ambientales.	Manifestaciones, conductas que los pacientes adoptan para enfrentarse a situaciones de estrés y/o situaciones nuevas que viven por la enfermedad de la insuficiencia renal crónica terminal, y que fue obtenido a través de una escala de estimación de afrontamiento COPE.	Enfocados en el problema (5)	▪ Afrontamiento Activo	1.Me esfuerzo mucho con tal de superar mis problemas 14.Me esfuerzo mucho por hacer algo respecto a mis problemas 27. Hago paso a paso lo que debe hacerse para solucionar mis problemas 40. Hago lo que tengo que hacer para solucionar mis problemas
				▪ Planificación	2. Trato de encontrar cuáles son las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas 15. Pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas 28. Pienso bien en lo que tengo que hacer para resolver mis problemas 41. Pienso en cómo podría enfrentar mejor mis problemas

				<p>de</p> <p>Supresión actividades competentes</p>	<p>3. Me dedico solamente a mis problemas y dejo de lado todo lo demás</p> <p>16. Me dedico totalmente a mis problemas y, si es necesario, dejo de lado otras cosas</p> <p>29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades</p> <p>42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por resolver mis problemas</p>
				<p>del</p> <p>Postergación afrontamiento</p>	<p>4. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a solucionar mis problemas</p> <p>17. No hago nada hasta que la situación se aclare</p> <p>30. Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar</p> <p>43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente</p>

				<p>5. Pregunto a personas con problemas similares a los míos lo que hicieron para solucionarlos</p> <p>18. Le pido a alguien que me aconseje sobre lo que tengo que hacer</p> <p>31. Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación</p> <p>44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre mis problemas</p>
				<p>▪ Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales</p>

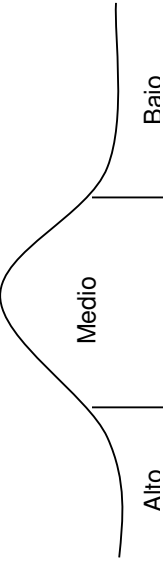
			<p>Enfocados en la emoción (5)</p>	<p>▪ Búsqueda de apoyo social por razones emocionales.</p>	<p>6. Le cuento a alguien cómo me siento 19. Busco el apoyo de amigos o Parientes 32. Le cuento a alguien cómo me siento 45. Voy donde alguien que me acepte y me comprenda</p>
				<p>▪ Reinterpretación positiva y crecimiento.</p>	<p>7. Trato de encontrar el lado positivo de mis problemas 20. Trato de entender mis problemas de otra manera para que se vean más positivos 33. Aprendo algo bueno de mis problemas 46. Trato que los problemas vividos me ayuden a madurar</p>
				<p>▪ Aceptación</p>	<p>8. Aprendo a vivir con mis problemas 21. Acepto mis problemas y el hecho de que no puedo cambiarlos 34. Me hago a la idea de que el hecho ya sucedió 47. Acepto la realidad de lo sucedido</p>

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acudir a la religión 	9. Le pido a Dios que me ayude 22.-Pongo mi confianza en Dios 35.- Trato de encontrar consuelo 48.- Rezo más que de costumbre
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negación. 	11.- Finjo que no ha sucedido realmente 24.- Me hago a la idea de que nada ha ocurrido 37.- Hago como si ningún problema hubiera ocurrido 50.- Me digo "no puedo creer que esto me este pasando a mí"
			Otros estilos de afrontamiento (3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfocar y liberar emociones 	10.-Me molesto y expreso todo lo que siento 23.-Expreso lo que siento 36.- Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento 49.- Me molesto y me doy cuenta de ello
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desentendimiento conductual 	12. Dejo de esforzarme por conseguir lo que quiero 25.-Dejo de intentar conseguir lo que quiero

					38.-Reconozco que no puedo más con mis problemas y dejo de hacer algo por resolverlos 51.-Me esfuerzo menos por solucionar mis problemas
					13.-Me dedico al trabajo o hago otra cosa para no pensar en mis problemas 26.-Me voy al cine o veo televisión para no pensar tanto en mis problemas 39.-Pienso en cosas diferentes a mis problemas 52.-Duermo más de lo usual
					<div>Desentendimiento cognitivo</div>

ANEXO B
MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIO	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PROCESAMIENTO	ESCALA DE MEDICION																				
Calidad de Vida : Alta Medio Baja	<p>La medición de los resultados se obtendrán mediante la siguiente puntuación:</p> <table><tr><th rowspan="2">Alternativa</th><th colspan="2">Ítems</th></tr><tr><th>Positivo</th><th>Negativo</th></tr><tr><td>Siempre</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>Casi siempre</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>A veces</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>Casi nunca</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Nunca</td><td>1</td><td>5</td></tr></table>	Alternativa	Ítems		Positivo	Negativo	Siempre	5	1	Casi siempre	4	2	A veces	3	3	Casi nunca	2	4	Nunca	1	5	Se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento que se utilizó fue el instrumento modificado del SF-36, validado por juicio de expertos	Para desarrollar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio al Director del Hospital Nacional Dos de Mayo, a fin de obtener la autorización respectiva. Luego se realizó la coordinación con el Jefe del Departamento de Nefrología para establecer el cronograma del inicio de la recolección de Datos. Se entrevistó a los pacientes, explicando los objetivos del estudio a realizar y garantizándoles la confidencialidad de los datos.	ORDINAL
Alternativa	Ítems																							
	Positivo	Negativo																						
Siempre	5	1																						
Casi siempre	4	2																						
A veces	3	3																						
Casi nunca	2	4																						
Nunca	1	5																						

	<p>Para establecer los intervalos de clase se aplicó la escala de Estanones en la curva de Gauss, y serán catalogados según su puntaje:</p> 			
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alta: de 70 a 100 puntos ❖ Medio: de 36 a 69 puntos ❖ Baja: de 0 a 35 puntos 			

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIO	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PROCESAMIENTO	ESCALA DE MEDICION
Estrategias de Afrontamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Centrados en el Problema • Centrados en la Emoción • Otros estilos de Afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Afrontamiento activo ➢ Planificación ➢ Supresión de actividades competentes ➢ Postergación del Afrontamiento ➢ Búsqueda de Apoyo social por razones instrumentales ➢ Búsqueda de apoyo social por razones emocionales ➢ Reinterpretación positiva y Crecimiento ➢ Aceptación ➢ Acudir a la Religión ➢ Negación ➢ Enfocar y Liberar emociones ➢ Desentendimiento Conductual ➢ Desentendimiento Cognitivo 	Se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento que se utilizó fue el instrumento COPE.	Para desarrollar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio al Director del Hospital Nacional Dos de Mayo, a fin de obtener la autorización respectiva. Luego se realizó la coordinación con el Jefe del Departamento de Nefrología para establecer el cronograma del inicio de la recolección de Datos. Se entrevistó a los pacientes, explicando los objetivos del estudio a realizar y garantizándoles la confidencialidad de los datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Casi nunca • A veces • Casi siempre • Siempre

ANEXO C

INSTRUMENTO

I.- Introducción

Buenos días mi nombre es Kelly Rocio Pérez Elescano, estudiante de la especialidad de Nefrología en enfermería de la U.N.M.S.M, en coordinación con el Hospital Nacional Dos de Mayo, me encuentro realizando un estudio de investigación, con el fin de obtener información acerca de la Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Para la cual se solicita su colaboración expresando que es de carácter anónimo. Agradezco su gentil colaboración y disposición, solicitándole la mayor sinceridad en sus respuestas

II.- Datos Generales

Edad:

Estado Civil :

Sexo: 1 Masculino ()

2. Femenino ()

Grado de instrucción:

1. Analfabeto ()

2. Primaria ()

3. Secundaria ()

4. Superior ()

III.-Instrucciones

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no esta seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

CALIDAD DE VIDA

INDICADORES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
DIMENSION FISICA (Durante los últimos 7 días)					
22.Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?					
23.Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?					
24.Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?					
25.Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?					
26.Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?					
27.Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?					
28.Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?					
29.Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?					
30.Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?					
31.Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?					
32.¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					

INDICADORES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
33.¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?					
34.¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
35.¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?					
PSICOLOGICA (Durante los 7 últimos días)					
36.¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?					
37.¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
38.¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?					
39.¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?					
40. ¿cuánto tiempo se sintió feliz?					
SOCIAL (Durante los últimos 7 días)					
41.¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?					
42.¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?					

Cuestionario Estimación de Afrontamiento (COPE)

INDICADORES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1. Me esfuerzo mucho con tal de superar mis problemas					
2. Trato de encontrar cuáles son las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas					
3. Me dedico solamente a mis problemas y dejo de lado todo lo demás					
4. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a solucionar mis problemas					
5. Pregunto a personas con problemas similares a los míos lo que hicieron para solucionarlos					
6. Le cuento a alguien cómo me siento					
7. Trato de encontrar el lado positivo de mis problemas					
8. Aprendo a vivir con mis problemas					
9. Le pido a Dios que me ayude					
10. Me molesto y expreso todo lo que siento					
11. Hago bromas de la situación					
12. Dejo de esforzarme por conseguir lo que quiero					
13. Me dedico al trabajo o hago otra cosa para no pensar en mis problemas					
14. Me esfuerzo mucho por hacer algo respecto a mis problemas					
15. Pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas					
16. Me dedico totalmente a mis problemas y, si es necesario, dejo de lado otras cosas					

INDICADORES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
17.No hago nada hasta que la situación se aclare					
18.Le pido a alguien que me aconseje sobre lo que tengo que hacer					
19.Busco el apoyo de amigos o Parientes					
20.Trato de entender mis problemas de otra manera para que se vean más positivos					
21.Acepto mis problemas y el hecho de que no puedo cambiarlos					
22.Pongo mi confianza en Dios					
23.Expreso lo que siento					
24.Me hago a la idea de que nada ha ocurrido					
25.Dejo de intentar conseguir lo que quiero					
26.Me voy al cine o veo televisión para no pensar tanto en mis problemas					
27.Hago paso a paso lo que debe hacerse para solucionar mis problemas					
28.Pienso bien en lo que tengo que hacer para resolver mis problemas					
29.No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades					
30.Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar					
31.Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación					
32.Le cuento a alguien cómo me siento					
33.Aprendo algo bueno de mis problemas					
34.Me hago a la idea de que el hecho ya sucedió					
35.Trato de encontrar consuelo en mi religión					

INDICADORES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
36.Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento					
37.Hago como si ningún problema hubiera ocurrido					
38.Reconozco que no puedo más con mis problemas y dejo de hacer algo por resolverlos					
39.Pienso en cosas diferentes a mis problemas					
40.Hago lo que tengo que hacer para solucionar mis problemas					
41.Pienso en cómo podría enfrentar mejor mis problemas					
42.Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por resolver mis problemas					
43.Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente					
44.Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre mis problemas					
45.Voy donde alguien que me acepte y me comprenda					
46.Trato que los problemas vividos me ayuden a madurar					
47.Acepto la realidad de lo sucedido					
48.Rezo más que de costumbre					
49.Me molesto y me doy cuenta de ello					
50.Me digo "no puedo creer que esto me este pasando a mí"					
51.Me esfuerzo menos por solucionar mis problemas					
52.Duermo más de lo usual					

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Calidad de vida y Estrategias de afrontamiento en pacientes con IRCT en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Dos De Mayo, 2013”.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Nombre:

DNI:

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado colega:

La investigación del estudio para lo cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE.

KELLY PEREZ ELESCANO

Autora del estudio

ANEXO E

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	N ° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035

Se ha considerado:

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa.

ANEXO F

TABLA DE CODIGOS

I. DATOS GENERALES

Nº	PREGUNTA	CATEGORÍA	CÓDIGO
1	Edad	20-29	1
		30-39	2
		40- 49 años	3
		50 -a mas	4
2	Estado civil	Soltero(a)	1
		Casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Conviviente(a)	4
		Viudo(a)	5
3	Sexo	Masculino	1
		Femenino	2
4	Grado de instrucción	Analfabeto	1
		Primaria	2
		Secundaria	3
		Superior	4

II. DATOS ESPECIFICOS

- Ítems positivos (*):

Siempre=5 Casi siempre=4 A veces=3 Casi nunca=2
Nunca=1

- Ítems negativos:

Siempre=1 Casi siempre=2 A veces=3 Casi nunca=4 Nunca=5

CALIDAD DE VIDA

DIMENSIÓN FÍSICA

Nº DE ITEM	PUNTUACIÓN
1	Nunca = 1
2	Nunca = 1
3	Nunca = 1
4	Nunca = 1
5	Nunca = 1
6	Nunca = 1
7	Nunca = 1
8	Nunca = 1
9	Nunca = 1
10	Nunca = 1
11	Nunca = 1
12	Nunca = 1
13	Nunca = 1
14	Nunca = 1

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Nº DE ITEM	PUNTUACIÓN
15	Nunca = 1
16	Nunca = 1
17	Siempre= 5
18	Nunca = 1
19	Siempre = 1

DIMENSIÓN SOCIAL

Nº DE ITEM	PUNTUACIÓN
20	Nunca = 1
21	Nunca = 1

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Estrategia de afrontamiento enfocados en el problema	Sub Escalas	Ítems	Alternativa	Código
	Afrontamiento Activo (4)	1	Siempre	5
		14	Siempre	5
		27	Siempre	5
		40	Siempre	5
	Planificación (4)	2	Siempre	5
		15	Siempre	5
		28	Siempre	5
		41	Siempre	5
	Supresión de actividades competentes (4)	3	Nunca	5
		16	Nunca	5

		29	Nunca	5
		42	Nunca	5
	Postergación de afrontamiento (4)	4	Nunca	5
		17	Nunca	5
		30	Siempre	5
		43	Siempre	5
	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales (4)	5	Siempre	5
		18	Siempre	5
		31	Siempre	5
		44	Siempre	5

Estrategia de afrontamiento enfocados en la emoción	Sub Escalas	Ítems	Alternativa	Código
	Búsqueda de Apoyo Social por razones emocionales(4)	6	Siempre	5
		19	Siempre	5
		32	Siempre	5
		45	Siempre	5
	Reinterpretación positiva y Crecimiento (4)	7	Siempre	5
		20	Siempre	5
		33	Siempre	5
		46	Siempre	5
	Aceptación (4)	8	Siempre	5
		21	Siempre	5
		34	Siempre	5
		47	Siempre	5

	Acudir a la religión (4)	9	Siempre	5
		22	Siempre	5
		35	Siempre	5
		48	Siempre	5
	Negación (4)	11	siempre	5
		24	Nunca	5
		37	Nunca	5
		50	Nunca	5

Otros estilos de afrontamiento	Sub Escalas	Ítems	Alternativa	Código
	Enfocar y liberar emociones (4)	10	Siempre	5
		23	Siempre	5
		36	Siempre	5
		49	Siempre	5
	Desentendimiento conductual (4)	12	Nunca	5
		25	Nunca	5
		38	Nunca	5
		51	Nunca	5
	Desentendimiento cognitivo (4)	13	Nunca	5
		26	Nunca	5
		39	Nunca	5
		52	Nunca	5

ANEXO G

TABLA MATRIZ DE DATOS – DATOS GENERALES

Nº DE PACIENTES	DATOS GENERALES			
	1	2	3	4
1	4	2	2	2
2	3	1	2	3
3	4	5	2	3
4	4	5	2	2
5	1	1	1	3
6	4	2	2	2
7	4	4	2	2
8	4	2	1	2
9	4	1	1	3
10	4	5	2	2
11	4	5	1	3
12	3	2	1	3
13	4	5	2	3
14	1	1	1	3
15	4	2	1	2
16	4	2	1	2
17	4	3	2	3
18	4	1	1	3
19	4	4	1	2
20	4	2	2	2
21	4	5	2	2
22	4	2	1	2
23	4	5	2	2
24	2	1	2	3
25	3	2	1	2
26	3	5	1	3
27	1	1	2	3
28	4	5	1	2
29	3	2	1	2
30	4	2	2	2
31	4	1	1	3

32	4	5	2	2
33	4	2	1	2
34	1	1	1	3
35	3	2	2	3
36	4	2	2	2
37	4	3	1	2
38	3	3	2	2
39	2	2	1	3
40	4	4	1	2
41	2	2	1	2
42	3	2	2	3
43	4	5	1	3
44	4	5	2	2
45	4	5	2	2
46	4	4	1	2
47	4	2	1	3
48	1	1	1	3
49	4	3	2	3
50	4	4	1	3
51	4	2	1	2
52	3	2	2	3
53	2	4	1	3
54	4	5	2	2
55	4	5	1	2
56	3	1	1	3
57	4	2	1	3
58	3	1	2	3
59	4	1	2	2
60	4	5	1	2

*Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del servicio de hemodiálisis en el Hospital Nacional
Dos de Mayo – 2013.*

TABLA MATRIZ DE DATOS ESPECÍFICOS – CALIDAD DE VIDA

Nº DE PACIENTES		DATOS ESPECÍFICOS - CALIDAD DE VIDA																									
		DIMENSION FISICA													DIMENSION PSICOLOGICA										DIMENSION SOCIAL		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL	15	16	17	18	19	TOTAL	20	21	TOTAL	TOTAL			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2	2	5	2	5	16	3	3	6	36			
2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	20	2	2	3	2	3	12	3	3	6	38			
3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	19	3	2	4	3	4	16	1	1	2	37			
4	1	1	3	2	2	3	1	1	1	3	3	3	3	29	1	2	5	1	5	14	1	1	2	45			
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	66	5	5	5	5	5	25	3	3	6	97			
6	3	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	26	2	3	3	2	3	13	3	3	6	45			
7	2	3	2	2	1	1	2	3	1	3	3	3	3	31	1	1	5	1	5	13	1	1	2	46			
8	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	2	3	3	23	3	3	3	3	4	16	2	2	4	43			
9	1	1	1	1	1	2	2	2	1	3	3	3	3	25	2	1	3	3	3	12	1	1	2	39			
10	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	15	4	3	5	4	5	21	2	2	4	40			
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2	2	4	2	4	14	3	3	6	34			
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	58	3	3	4	3	4	17	3	3	6	81			
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	3	4	3	4	17	5	5	10	41			
14	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	3	3	4	3	4	17	4	4	8	41			
15	2	3	4	5	5	5	4	4	5	3	3	3	3	54	1	1	3	2	3	10	4	4	8	72			
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	3	3	5	3	5	19	1	1	2	35			
17	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	51	3	3	5	3	5	19	5	5	10	80			
18	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	4	4	4	64	3	3	5	3	5	19	3	3	6	89			

43	2	2	3	2	2	3	3	1	1	4	2	2	2	2	2	2	31	3	3	4	3	4	4	17	4	4	8	56
44	2	1	2	2	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	23	3	4	4	2	4	2	17	2	2	4	44
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	15	2	2	3	2	4	13	2	2	4	32	
46	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	39	3	3	4	3	4	17	2	2	4	60	
47	3	3	4	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	34	4	4	5	4	5	22	3	3	6	62	
48	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	62	3	3	5	3	5	19	3	3	6	87	
49	3	3	4	3	5	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	48	3	3	4	3	4	17	3	3	6	71	
50	3	3	4	3	5	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	48	4	4	5	4	5	22	2	2	4	74	
51	2	3	2	2	1	1	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	31	1	1	5	1	5	13	1	1	2	46	
52	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	47	3	3	4	3	4	17	2	2	4	68	
53	4	4	5	4	4	4	3	3	3	5	3	3	3	4	3	4	52	3	3	4	3	5	18	3	3	6	76	
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	2	2	3	2	3	12	2	2	4	30	
55	4	4	5	4	4	4	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	51	3	3	5	2	5	18	2	2	4	73	
56	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	58	3	3	5	3	5	19	4	4	8	85	
57	3	3	4	2	4	3	3	3	2	4	2	2	2	2	2	2	39	3	3	4	3	4	17	2	2	4	60	
58	4	4	5	4	4	4	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	53	4	4	3	4	4	19	3	3	6	78	
59	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	31	2	2	3	2	3	12	2	2	4	47	
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	15	2	2	3	2	4	13	2	2	4	32	

**TABLA DE DATOS ESPECÍFICOS – ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
CENTRADOS EN EL PROBLEMA**

Nº DE PACIENTE	DATOS ESPECIFICOS																					
	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN EL PROBLEMA																	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES INSTRUMENTALES			TOTAL	
	AFRONTAMIENTO ACTIVO				PLANIFICACION				SUPRESION DE ACTIVIDADES COMPETENTES				POSTERGACION DEL AFRONTAMIENTO									
1	1	14	27	40	2	15	28	41	3	16	29	42	4	17	30	43	5	18	31	44		
	4	4	3	3	4	4	4	3	3	2	2	4	4	4	3	3	4	4	5	5	5	73
2	5	5	3	4	5	4	4	4	2	3	3	5	3	3	3	4	5	4	4	4	77	
3	5	5	5	5	4	5	4	4	4	2	3	3	3	5	4	4	3	5	4	5	4	83
4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	5	4	4	5	3	3	5	4	5	4	79
5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	3	4	5	4	5	90
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	5	4	3	4	4	4	5	5	81
7	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	5	4	80
8	5	5	5	5	4	4	5	4	1	4	4	4	3	5	5	4	4	4	5	5	5	86
9	5	5	5	5	3	5	4	4	4	3	3	3	3	4	5	4	3	4	4	4	3	80
10	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	3	3	3	5	5	3	4	5	4	5	90
11	4	4	4	4	4	4	3	4	3	2	2	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	74
12	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	81
13	4	4	4	4	4	4	5	4	4	2	3	3	3	5	3	3	4	5	5	5	5	80
14	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	3	3	3	4	4	4	5	87
15	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	3	4	5	5	75
16	4	4	3	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	89

**TABLA DE DATOS ESPECÍFICOS – ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
CENTRADOS EN LA EMOCIÓN**

	DATOS ESPECIFICOS																							TOTAL
	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ENFOCADOS EN LA EMOCION																							
	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES EMOCIONALES				REINTERPRETACION POSITIVA Y CRECIMIENTO				ACEPTACION				ACUDIR A LA RELIGION					NEGACION						
Nº DE PACIENTES	6	19	32	45	7	20	33	46	8	21	34	47	9	22	35	48	11	24	37	50	TOTAL			
1	1	3	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	3	70		
2	5	4	4	4	5	5	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	83			
3	1	3	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	3	4	3	71		
4	1	3	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	3	70		
5	1	4	1	4	3	3	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	3	3	3	3	73		
6	3	4	5	3	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	85		
7	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	3	3	3	4	3	85		
8	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	94		
9	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	3	3	4	3	80		
10	4	4	4	4	3	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	89		
11	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	88			
12	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	87		
13	5	4	5	5	3	3	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	3	3	3	4	82			
14	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	90			
15	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	4	3	3	3	88			
16	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	82		

17		3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	76
18		3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	82
19		5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	92
20		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	92
21		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	94
22		5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	3	3	3	3	3	89
23		4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	89
24		5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	88
25		4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	87
26		5	4	4	5	5	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	84
27		5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	90
28		4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	87
29		3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	3	3	3	3	3	81
30		3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	3	3	3	3	3	3	77
31		3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	82
32		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	94
33		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	92
34		5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	3	3	3	4	3	3	83
35		5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	3	3	4	3	3	88
36		3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	76
37		5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	3	4	3	3	3	89
38		4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	3	3	3	85
39		1	4	4	1	4	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	4	3	3	3	3	3	3	73
40		4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	84

41	5	4	4	5	5	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	3	3	3	4	83
42	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	90
43	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	3	87
44	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	3	3	3	80
45	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	3	4	4	91
46	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	82
47	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	4	3	90
48	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	3	87
49	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	87
50	5	4	4	5	5	3	3	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	3	3	3	4	84
51	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	88
52	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	88
53	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	3	90
54	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	3	3	3	85
55	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	88
56	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	88
57	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	87
58	5	4	5	5	5	3	3	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	3	3	3	3	4	83
59	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	5	5	88
60	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	88

TABLA DE DATOS ESPECIFICOS – OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

	DATOS ESPECIFICOS													TOTAL
	OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO													
	ENFOCAR Y LIBERAR EMOCIONES				DESENTENDIMIENTO CONDUCTUAL				DESENTENDIMIENTO COGNITIVO					
	10	23	36	49	12	25	38	51	13	26	39	52		
Nº DE PACIENTES	10	23	36	49	12	25	38	51	13	26	39	52	TOTAL	
1	3	4	3	5	3	4	3	4	2	2	3	4	40	
2	5	4	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	43	
3	4	4	4	4	3	3	4	4	2	2	3	3	40	
4	2	2	4	3	4	4	4	3	2	3	3	3	37	
5	2	1	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	35	
6	3	3	3	5	3	3	3	3	2	2	3	2	35	
7	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	39	
8	3	3	3	4	4	3	3	3	2	2	4	4	38	
9	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	42	
10	3	3	3	4	4	4	3	3	2	2	4	3	38	
11	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	37	
12	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	44	
13	4	4	5	5	3	4	3	3	3	2	3	2	41	
14	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	1	45	
15	4	4	4	5	3	3	3	3	2	2	3	2	38	
16	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	37	
17	2	4	3	3	4	5	5	5	5	1	2	5	44	
18	5	5	2	3	5	3	3	3	3	1	2	5	40	
19	5	5	5	5	3	3	3	3	4	1	2	4	43	

20	5	5	5	5	5	5	3	3	3	4	3	1	2	4	43
21	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	2	2	4	4	38
22	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	42
23	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	4	3	38
24	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	37
25	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	44
26	4	4	4	5	5	5	3	4	3	3	3	2	3	2	41
27	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	1	45
28	4	4	4	4	5	5	3	3	3	3	2	2	3	2	38
29	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	37
30	2	4	4	3	3	3	4	5	5	5	5	1	2	5	44
31	5	5	5	2	3	3	5	3	3	3	3	1	2	5	40
32	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	4	1	2	4	43
33	5	5	5	5	5	5	3	3	3	4	3	1	2	4	43
34	3	4	4	3	5	5	3	4	3	4	2	2	3	4	40
35	5	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	43
36	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	2	3	3	40
37	2	2	4	4	3	4	4	4	4	3	2	3	3	3	37
38	2	1	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	35
39	3	3	3	3	5	5	3	3	3	3	2	2	3	2	35
40	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	41
41	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	37
42	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	44
43	4	4	4	5	5	5	3	4	3	3	3	2	3	2	41

44		5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	1	45
45		4	4	4	5	3	3	3	3	2	2	3	3	2	38	
46		4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	37	
47		3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	42	
48		5	5	5	3	3	3	3	4	3	1	2	4	43		
49		4	4	5	5	3	3	3	3	2	2	3	2	41		
50		3	3	3	5	3	3	3	3	2	2	3	2	35		
51		3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39		
52		3	3	3	4	4	3	3	3	2	2	4	4	38		
53		3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	42		
54		3	3	3	4	4	4	4	3	2	2	4	3	38		
55		5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	1	45		
56		4	4	4	5	3	3	3	3	2	2	3	2	38		
57		4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	37		
58		2	4	3	3	4	5	5	5	1	1	2	5	44		
59		4	4	4	5	3	3	3	3	2	2	3	2	38		
60		4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	37		

ANEXO H

VALIDÉZ, ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística, se aplicó la formula de ítem test coeficiente de correlación de R de Pearson, obteniéndose:

$$R = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(n \sum X^2 - (\sum x)^2)(n \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Este coeficiente permitió conocer la validez de cada ítem del cuestionario Calidad de Vida:

Ítems	R de Pearson	Ítems	R de Pearson
Item 1	0.91	Item 12	0.82
Item 2	0.91	Item 13	0.80
Item 3	0.85	Item 14	0.78
Item 4	0.91	Item 15	0.55
Item 5	0.89	Item 16	0.47
Item 6	0.84	Item 17	0.41
Item 7	0.90	Item 18	0.61
Item 8	0.91	Item 19	0.41
Item 9	0.88	Item 20	0.50
Item 10	0.85	Item 21	0.50
Item 11	0.81		

Los ítems con coeficiente de correlación $R > 0.20$ son válidos; por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

Cuadro 1: Análisis Factorial: Eigenvalues y Varianza Explicada en el COPE

Factores	Eigenvalue	Porcentaje de Varianza Explicada	Porcentaje de Varianza Explicada Acumulada
1	7.2	13.9	13.9
2	5.5	10.7	24.7
3	4.1	7.8	32.6
4	3.2	6.1	38.8
5	2.9	5.6	44.5
6	2.7	5.3	49.8
7	2.5	4.9	54.8
8	2.2	4.2	59.0
9	1.9	3.8	62.9
10	1.8	3.5	66.4
11	1.6	3.1	69.5
12	1.4	2.8	72.4
13	1.3	2.6	75.1

**Cuadro 2: Composición Factorial del COPE a partir de la Rotación
Varimax**

	E1	E2	E3
Activo	0.68		
Planificación	0.55		
Supresión de act. Competentes	0.61		
Postergación del Afrontamiento	0.44		
Búsqueda de A S Instrumental	0.68		
Búsqueda de A S emocional		0.59	
Reinterpretación		0.62	
Aceptación		0.62	
Acudir a la religión		0.67	
Negación		0.67	
Enfocar y liberar emociones			0.59
Desentendimiento conductual			0.68
Desentendimiento cognitivo			0.59

ANEXO I

CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA INSTRUMENTO CALIDAD DE VIDA

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística el Coeficiente de confiabilidad ALFA de Crombach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde :

- α = Coeficiente de confiabilidad.
- K = Número de ítems.
- S_i^2 = Varianza de cada ítem
- S_t^2 = Varianza de los puntajes totales de los ítems

Reemplazando :

$$\alpha = \frac{21}{21-1} \left(1 - \frac{58,09}{420,96} \right)$$

$$\alpha = 0,90$$

Para que exista confiabilidad $\alpha > 0.6$, por lo tanto este instrumento es confiable.

CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (COPE)

Al realizar el análisis de consistencia interna con el coeficiente alfa de Crombach en la presente investigación, se obtuvieron valores para los estilos de afrontamiento enfocados a la emoción (0.78), los enfocados en el problema (0.64) y los otros estilos de afrontamiento (0.27).

Se encontraron valores altos para aceptación (0.87), afrontamiento activo (0.69), búsqueda de apoyo social por razones emocionales (0.69), enfocar y liberar emociones (0.64).

A excepción de las estrategias de negación (0.49) y planificación (0.36)

Así, según los resultados obtenidos y con las limitaciones mencionadas, se considera que el inventario es válido y confiable para esta investigación.

**Cuadro 3: Confiabilidad por consistencia interna alpha de
Cronbach del COPE**

Estilos	Centrados en el problema	0.64
	Centrados en la emoción	0.78
	Otros estilos	0.27
Estrategias	Activo	0.69
	Planificación	0.36
	Supresión de actividades competentes	0.55
	Postergación del afrontamiento	0.20
(5)	Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	0.51
	Búsqueda de apoyo social por razones emocionales	0.69
	Reinterpretación	0.62
	Aceptación	0.87
	Acudir a la religión	0.60
(5)	Negación	0.49
	Enfocar y liberar emociones	0.64
	Desentendimiento conductual	0.61
(3)	Desentendimiento cognitivo	0.40

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE DE CALIDAD DE VIDA

Para la medición de la variable Calidad de vida se utilizó como valores:

- ❖ Alta: de 70 a 100 puntos
- ❖ Medio: de 36 a 69 puntos
- ❖ Baja: de 0 a 35 puntos

Las respuestas de cada pregunta se codifican y recodifican, y los resultados se trasladan a una escala de 0 –100 puntos. En esta escala de 0 – 100 del SF-36, cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud. Así, 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido.

Dimensión Física:

- Alta: de 50 a 65 puntos
- Medio: de 25 a 49 puntos
- Baja: de 0 a 24 puntos

Dimensión Psicológica:

- Alta: de 20 a 25 puntos
- Medio: de 10 a 19 puntos
- Baja: de 0 a 9 puntos

Dimensión Social:

- Alta: de 8 a 10 puntos
- Medio: de 4 a 7 puntos
- Baja: de 0 a 3 puntos

Se utilizó la Escala de Estanones, en la Curva de Gauss, a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final tanto de forma global como por dimensiones.

$$\bar{x} + /- (0,75 S)$$

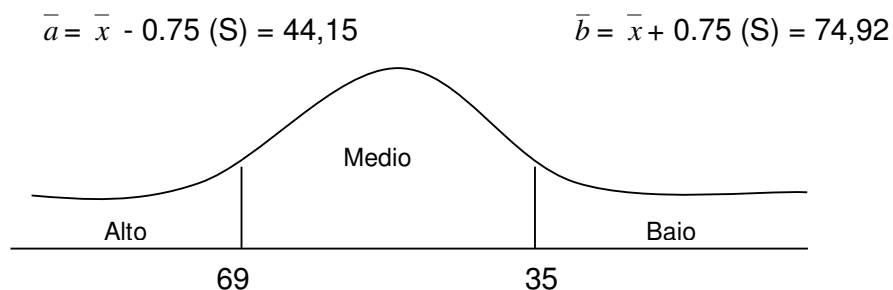
Donde:

- \bar{x} = Promedio.
- S = Desviación Estándar.

ANEXO J

PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORÍAS EN LA MEDICION DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA

1. Se calculó el Promedio: $\bar{x} = 59,53$
2. Se calculó la Desviación Estándar: $DS = \sqrt{S^2} = 20,52$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:



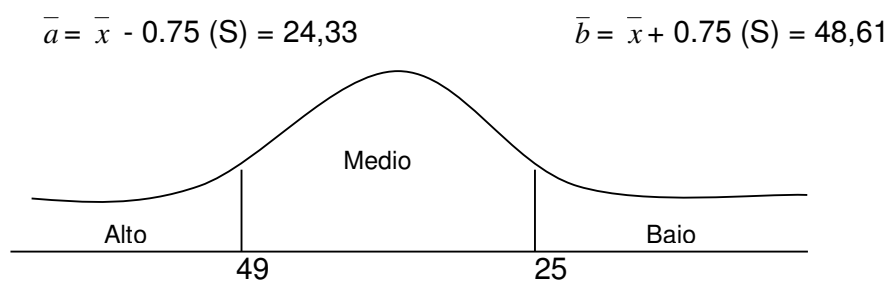
CATEGORÍAS: INTERVALO

- ❖ Alta: de 70 a 100 puntos
- ❖ Medio: de 36 a 69 puntos
- ❖ Baja: de 0 a 35 puntos

CATEGORIZACIÓN POR DIMENSIONES

DIMENSIÓN FÍSICA

1. Se calculó el Promedio: $\bar{x} = 36,47$
2. Se calculó la Desviación Estándar: $DS = \sqrt{S^2} = 16,19$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:



Dimensión Física:

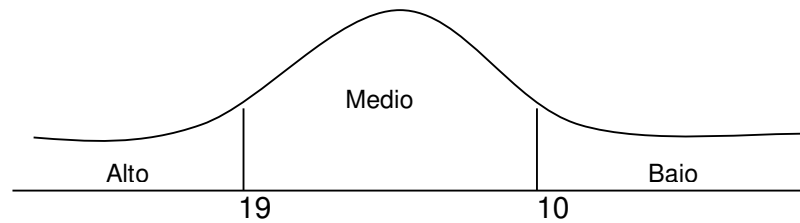
- Alta: de 50 a 65 puntos
- Medio: de 25 a 49 puntos
- Baja: de 0 a 24 puntos

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

1. Se calculó el Promedio: $\bar{x} = 17,67$
2. Se calculó la Desviación Estándar: $DS = \sqrt{S^2} = 6,79$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$$\bar{a} = \bar{x} - 0.75 (S) = 12,57$$

$$\bar{b} = \bar{x} + 0.75 (S) = 22,76$$



Dimensión Psicológica:

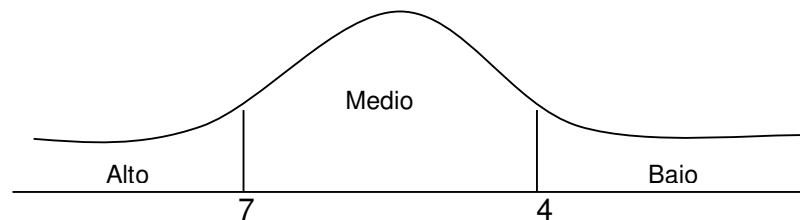
- Alta: de 20 a 25 puntos
- Medio: de 10 a 19 puntos
- Baja: de 0 a 9 puntos

DIMENSIÓN SOCIAL

1. Se calculó el Promedio: $\bar{x} = 5,40$
2. Se calculó la Desviación Estándar: $DS = \sqrt{S^2} = 1,99$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$$\bar{a} = \bar{x} - 0.75 (S) = 3,91$$

$$\bar{b} = \bar{x} + 0.75 (S) = 6,89$$



Dimensión Social:

- Alta: de 8 a 10 puntos
- Medio: de 4 a 7 puntos
- Baja: de 0 a 3 puntos

MEDICIÓN DE LA VARIABLE DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Para la medición de la variable Estrategias de Afrontamiento se utilizó la escala estimación de afrontamiento (COPE):

Cada escala está conformada por 4 ítems que se califican según el valor de su respuesta y de la suma de los puntajes de los ítems de cada escala se obtienen trece puntajes que definen un perfil de afrontamiento y, consecuentemente, establecen una jerarquía de los estilos y las estrategias de afrontamiento más usados.

El análisis de los estilos de afrontamiento se llevó a cabo mediante el Cálculo del promedio y la desviación estándar para cada uno de ellos. Tal como se muestra en el cuadro 1, los estilos enfocados en la emoción fueron utilizados en mayor frecuencia por los participantes, seguidos por los estilos enfocados en el problema y por los otros estilos de afrontamiento.

Cuadro 1

Promedios y Desviación Estándar de los Estilos de Afrontamiento

Estilos	Promedio	Desviación Estándar
Enfocados en el problema	80.07	5,00
Enfocados en la emoción	84,37	5,82
Otros	39,98	3,03

N= 60

ANEXO K

DATOS GENERALES EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013

DATOS	FRECUENCIA	
	N	%
EDAD		
20 - 29 años	5	8,33
30 - 39 años	4	6,67
40 - 49 años	11	18,33
50 - mas años	40	66,67
TOTAL	60	100
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	13	22,03
CASADO	21	35,59
SEPARADO	4	6,78
CONVIVIENTE	6	10,17
VIUDO	16	25,42
TOTAL	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

DATOS	Frecuencia	
	N	%
SEXO		
Femenino	28	46,67
Masculino	32	53,33
TOTAL	60	100
GRADO DE INSTRUCCION		
analfabeto	0	0,00
primaria	32	53,33
secundaria	28	46,67
superior	0	0,00
Total	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

ANEXO L

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013

ITEMS	CATEGORÍAS						TOTAL	
	ALTA		MEDIO		BAJA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	16	26,67	13	21,67	31	51,67	60	100
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	16	26,67	16	26,67	28	46,67	60	100
3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	29	48,33	12	20,00	19	31,67	60	100
4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	17	28,33	10	16,67	33	55,00	60	100
5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	24	40,00	6	10,00	30	50,00	60	100
6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	23	38,33	10	16,67	27	45,00	60	100
7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	16	26,67	14	23,33	30	50,00	60	100
8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	10	16,67	16	26,67	34	56,67	60	100
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	10	16,67	17	28,33	33	55,00	60	100
10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	30	50,00	10	16,67	20	33,33	60	100
11. ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	11	18,33	19	31,67	30	50,00	60	100
12. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	11	18,33	18	30,00	31	51,67	60	100

13. ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	10	16,67	19	31,67	31	51,67	60	100
14. ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	12	20,00	19	31,67	29	48,33	60	100
15. ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	12	20,00	29	48,33	19	31,67	60	100
16. ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	14	23,33	27	45,00	19	31,67	60	100
17. ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	45	75,00	15	25,00	0	0,00	60	100
18. ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	13	21,67	27	45,00	20	33,33	60	100
19. ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	49	81,67	11	18,33	0	0,00	60	100
20. ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	12	20,00	23	38,33	25	41,67	60	100
21. ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	12	20,00	23	38,33	25	41,67	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

ANEXO M

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION FÍSICA EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013

ITEMS	CATEGORÍAS						TOTAL	
	ALTA		MEDIO		BAJA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	16	26,67	13	21,67	31	51,67	60	100
2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	16	26,67	16	26,67	28	46,67	60	100
3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	29	48,33	12	20,00	19	31,67	60	100
4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	17	28,33	10	16,67	33	55,00	60	100
5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	24	40,00	6	10,00	30	50,00	60	100
6. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	23	38,33	10	16,67	27	45,00	60	100
7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	16	26,67	14	23,33	30	50,00	60	100
8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	10	16,67	16	26,67	34	56,67	60	100

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	10	16,67	17	28,33	33	55,00	60	100
10. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	30	50,00	10	16,67	20	33,33	60	100
11. ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	11	18,33	19	31,67	30	50,00	60	100
12. ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	11	18,33	18	30,00	31	51,67	60	100
13. ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	10	16,67	19	31,67	31	51,67	60	100
14. ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	12	20,00	19	31,67	29	48,33	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

ANEXO N

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013

ITEMS	CATEGORÍAS						TOTAL	
	ALTA		MEDIO		BAJA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
15. ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	12	20,00	29	48,33	19	31,67	60	100
16. ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	14	23,33	27	45,00	19	31,67	60	100
17. ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	45	75,00	15	25,00	0	0,00	60	100
18. ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	13	21,67	27	45,00	20	33,33	60	100
19. ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	49	81,67	11	18,33	0	0,00	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

ANEXO Ñ

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION SOCIAL EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013

ITEMS	CATEGORÍAS						TOTAL	
	ALTA		MEDIO		BAJA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
20. ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	12	20,00	23	38,33	25	41,67	60	100
21. ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	12	20,00	23	38,33	25	41,67	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

ANEXO O

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ 2013

DIMENSIONES	INDICADORES	Nº	%	SUB INDICADORES
ENFOCADOS EN EL PROBLEMA	AFRONTAMIENTO ACTIVO	37	61,67	1,14,27,40
	PLANIFICACION	40	66,67	2,15,28,41
	SUPRESION DE ACTIVIDADES COMPETENTES	25	41,67	3,16,29,42
	POSTERGACION DEL AFRONTAMIENTO	33	55,00	4,17,30,43
	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES INSTRUMENTALES	38	63,33	5,18,31,44
ENFOCADOS EN LA EMOCION	BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES EMOCIONALES	36	60,00	6,19,32,45
	REINTERPRETACION POSITIVA Y CRECIMIENTO	38	63,33	7,20,33,46
	ACEPTACION	47	78,33	8,21,34,47
	ACUDIR A LA RELIGION	58	96,67	9,22,35,48
	NEGACION	43	71,67	11,24,37,50
OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	ENFOCAR Y LIBERAR EMOCIONES	29	48,33	10, 23, 36, 49
	DESENTENDIMIENTO CONDUCTUAL	43	71,67	12,25, 38,51
	DESENTENDIMIENTO COGNITIVO	44	73,33	13,26,39,52

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

ANEXO P

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN EL PROBLEMA EN PACIENTES CON IRCT EN

TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOS DE MAYO

LIMA – PERÚ

2013

SUB ESCALAS	ITEMS	NUNCA		CASI NUNCA		A VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AFRONTAMIENTO ACTIVO	1.- Me esfuerzo mucho con tal de superar mis problemas	0	0	0	0	2	3,33	21	35	37	61,67	60	100
	14.- Me esfuerzo mucho por hacer algo respecto a mis problemas	0	0	0	0	5	8,33	21	35	34	56,67	60	100
	27.- Hago paso a paso lo que debe hacerse para solucionar mis problemas	0	0	0	0	15	25,00	14	23,33	31	51,67	60	100
	40.- Hago lo que tengo que hacer para solucionar mis problemas	0	0	0	0	6	10,00	23	38,33	31	51,67	60	100
PLANIFICACION	2.- Trato de encontrar cuáles son las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas	0	0	0	0	11	18,33	35	58,33	14	23,33	60	100
	15.- Pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionar mis problemas	0	0	0	0	2	3,33	40	66,67	18	30,00	60	100
	28.- Pienso bien en lo que tengo que hacer para resolver mis problemas	0	0	0	0	9	15,00	36	60,00	15	25,00	60	100
	41.- Pienso en cómo podría enfrentar mejor mis problemas	0	0	0	0	9	15,00	35	58,33	16	26,67	60	100

SUPRESION DE ACTIVIDADES COMPETENTES	3.-Me dedico solamente a mis problemas y dejo de lado todo lo demás	11	18,33	23	38,33	18	30,00	3	5,00	5	8,33	60	100
	16.-Me dedico totalmente a mis problemas y, si es necesario, dejo de lado otras cosas	8	13,33	22	36,67	13	21,67	17	28,33	0	0,00	60	100
	29.- No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades	7	11,67	17	28,33	25	41,67	11	18,33	0	0,00	60	100
	42.- Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por resolver mis problemas.	0	0	0	0	25	41,67	25	41,67	10	16,67	60	100
POSTERGACION DEL AFRONTAMIENTO	4.-Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo que me ayude a solucionar mis problemas	29	48,33	21	35,00	10	16,67	0	0,00	0	0,00	60	100
	17.-No hago nada hasta que la situación se aclare	26	43,33	23	38	11	18,33	0	0,00	0	0,00	60	100
	30.-Me aseguro de no empeorar las cosas actuando rápidamente sin pensar	0	0	0	0	21	35,00	33	55,00	6	10,00	60	100
	43.-Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente	0	0	0	0	30	50,00	28	46,67	2	3,33	60	100
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES INSTRUMENTALES	5.-Pregunto a personas con problemas similares a los míos lo que hicieron para solucionarlos	0	0	0	0	2	3,33	38	63,33	20	33,33	60	100
	18.-Le pido a alguien que me aconseje sobre lo que tengo que hacer	0	0	2	3,33	0	0,00	32	53,33	26	43,33	60	100
	31.-Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación	0	0	0	0	2	3,33	25	41,67	33	55,00	60	100
	44.-Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre mis problemas	0	0	0	0	9	15,00	16	26,67	35	58,33	60	100

ANEXO Q

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN LA EMOCIÓN EN PACIENTES CON IRCT EN

TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOS DE MAYO

LIMA – PERÚ

2013

SUB ESCALAS	ITEMS	NUNCA		CASI NUNCA		A VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL POR RAZONES EMOCIONALES	6.-Le cuento a alguien cómo me siento	5	8,33	0	0	10	16,67	14	23,33	31	51,67	60	100
	19.-Busco el apoyo de amigos o Parientes	0	0	0	0	12	20,00	36	60,00	12	20,00	60	100
	32.- Cuento acerca de cómo me puedo sentir	2	3,33	6	10,00	6	10,00	26	43,33	20	33,33	60	100
	45.- Voy donde alguien que me acepte y me comprenda	0	0	0	0	7	11,67	30	50,00	23	38,33	60	100
	7.- Trato de encontrar el lado positivo de mis problemas	0	0	0	0	19	31,67	22	36,67	19	31,67	60	100
REINTERPRETACION POSITIVA Y CRECIMIENTO	20.- Trato de entender mis problemas de otra manera para que se vean más positivos	0	0	0	0	11	18,33	31	51,67	18	30,00	60	100
	33.- Aprendo algo bueno de mis problemas	0	0	0	0	5	8,33	38	63,33	17	28,33	60	100
	46.- Trato que los problemas vividos me ayuden a madurar	0	0	0	0	4	6,67	31	51,67	25	41,67	60	100

ACEPTACION	8.- Aprendo a vivir con mis problemas	0	0	0	0	0	0	0	0,00	17	28,33	43	71,67	60	100
	21.-Acepto mis problemas y el hecho de que no puedo cambiarlos	0	0	0	0	0	0	0	0,00	16	26,67	44	73,33	60	100
	34.- Me hago a la idea de que el hecho ya sucedió	0	0	0	0	0	0	0	0,00	13	21,67	47	78,33	60	100
	47.-Acepto la realidad de lo sucedido	0	0	0	0	0	0	0	0,00	14	23,33	46	76,67	60	100
ACUDIR A LA RELIGION	9. Le pido a Dios que me ayude	0	0	0	0	0	0	0	0,00	15	25,00	45	75,00	60	100
	22.-Pongo mi confianza en Dios	0	0	0	0	0	0	0	0,00	2	3,33	58	96,67	60	100
	35.- Trato de encontrar consuelo	0	0	0	0	0	0	0	0,00	17	28,33	43	71,67	60	100
	48.- Rezo más que de costumbre	0	0	0	0	0	0	8	13,33	17	28,33	35	58,33	60	100
NEGACION	11.- Finjo que no ha sucedido realmente	10	17	23	38	27	45,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	60	100
	24.-Me hago a la idea de que nada ha ocurrido	5	8,33	12	20,00	43	71,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	60	100
	37.-Hago como si ningún problema hubiera ocurrido	5	8,33	29	48,33	26	43,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	60	100
	50.-Me digo "no puedo creer que esto me este pasando a mí"	5	8,33	20	33,33	35	58,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013.

ANEXO R

OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON IRCT EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DOS DE MAYO LIMA – PERÚ

2013

SUB ESCALAS	ITEMS	NUNCA		CASI NUNCA		A VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ENFOCAR Y LIBERAR EMOCIONES	10.-Me molesto y expreso todo lo que siento	0	0	7	11,67	20	33,33	20	33,33	13	21,67	60	100
	23.-Expreso lo que siento	2	3,33	2	3,33	16	26,67	29	48,33	11	18,33	60	100
	36.- Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento	0	0,00	2	3,33	22	36,67	23	38,33	13	22	60	100
	49.- Me molesto y me doy cuenta de ello	0	0,00	0	0,00	12	20,00	25	42	23	38	60	100

DESENTENDIMIENTO CONDUCTUAL	12.-Dejo de esforzarme por conseguir lo que quiero	2	3,33	23	38,33	35	58,33	0	0	0	0	60	100
	25.-Dejo de intentar conseguir lo que quiero	3	5,00	24	40,00	33	55,00	0	0	0	0	60	100
	38.-Reconozco que no puedo más con mis problemas y dejo de hacer algo por resolverlos	3	5,00	14	23,33	43	71,67	0	0	0	0	60	100
	51.-Me esfuerzo menos por solucionar mis problemas	3	5,00	14	23,33	43	71,67	0	0	0	0	60	100
	13.-Me dedico al trabajo o hago otra cosa para no pensar en mis problemas	3	5,00	2	3,33	30	50,00	25	41,67	0	0	60	100
DESENTENDIMIENTO COGNITIVO	26.-Me voy al cine o veo televisión para no pensar tanto en mis problemas	0	0	5	8,33	18	30,00	27	45,00	10	16,67	60	100
	39.-Pienso en cosas diferentes a mis problemas	0	0	6	10,00	44	73,33	10	16,67	0	0	60	100
	52.-Duermo más de lo usual	5	8,33	13	21,67	26	43,33	12	20,00	4	6,67	60	100

Fuente: Instrumento aplicado en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013

